

LESÃO CEREBRAL O PODER

DOS PAIS NO TRATAMENTO DOS FILHOS



SENAI-SP editora

JOSÉ CARLOS LOBO VÉRAS



LESÃO CEREBRAL O PODER

DOS PAIS NO TRATAMENTO DOS FILHOS



SENAI-SP editora

JOSÉ CARLOS LOBO VÉRAS

SUMÁRIO

Pular sumário [»»]

A vitória da vida sobre a lesão cerebral

Apresentação

A nossa história

A via-crúcis da família

O cérebro e seu potencial

Meio ambiente, oportunidades normais e disciplina

A fisiologia da respiração

Estimulação motora

Estimulação sensorial

Lesão cerebral: causas e síndromes

Depoimentos de pais e crianças Vêras

Mensagem do dr. Raymundo Vêras aos pais

Bibliografia

Créditos

Aos meus pais,
Raymundo e Maria de Lourdes Lobo Vêras, que exemplificaram, com muita garra e amor, o
poder dos pais na recuperação de seus filhos.

A VITÓRIA DA VIDA SOBRE A LESÃO CEREBRAL

Ainda hoje, em pleno século XXI, é grande o preconceito e a desinformação sobre o portador de lesão cerebral. Muitos pais não encontram solução adequada e desistem, agravando ainda mais o quadro do filho.

O trabalho da equipe dos Institutos Vêras, no entanto, tem feito muita criança que não enxergava passar a ver, que não se locomovia começar a se locomover, que não se relacionava entrar em contato com o mundo. Muitos conquistam uma vida normal. Por que conseguimos? Porque entendemos que, por pior que seja o quadro do paciente, há sempre um potencial a ser desenvolvido, e que os pais são os verdadeiros agentes dessa transformação.

A história dos Institutos começa com a fé e vontade de um pai, Raymundo Vêras, em recuperar seu filho José Carlos Vêras, autor deste livro, de uma total paralisia. E o objetivo foi conseguido quase plenamente: de um estado em que somente mexia o globo ocular, José Carlos recuperou os movimentos acima da cintura, se formou em medicina, tratou de centenas de crianças com problemas no cérebro, e ainda tivemos uma linda filha.

Com uma visão humana, dinâmica e otimista sobre o tema, o livro é uma homenagem à memória desses dois incansáveis defensores de uma vida em toda sua potencialidade para esse ser humano ferido pelo destino. Por nos dedicarmos de corpo e alma à realização desse objetivo, somos muitas vezes combatidos; e muito amados pelos que conhecem nosso trabalho.

José Carlos escreveu este trabalho, no início da década de 1990, com o mesmo amor que dedicava a seus pacientes. A maioria de suas críticas a certos procedimentos é ainda, infelizmente, bem atual, já que pouca coisa mudou de lá pra cá. Este livro é, portanto, uma contribuição para mudar esse panorama, mostrando “O poder dos pais no tratamento da criança com lesão cerebral”.

A perseverança e a dedicação dos pais na aplicação do tratamento por nós recomendado são o segredo do sucesso de nossos métodos. É comum ouvirmos frases entusiasmadas de pais com a transformação de seus filhos:

- Quando a gente entende que pode fazer algo, a coisa anda. Agora é que eu vou em frente.

- Em quatro meses, meu filho evoluiu mais do que em cinco anos de tratamento tradicional.

- Nos Institutos Vêras, nossa família começou uma nova vida. Foi o único lugar que nos deu esperança.

- As pessoas ficam espantadas com o desenvolvimento de minha filha.

Nossos profundos respeitos e agradecimentos a esses maravilhosos pais, que mudam inteiramente a sua rotina para aplicar os exercícios, e a essas heroicas crianças. Aproveito a oportunidade para estender os agradecimentos aos atuais e ex-integrantes da inestimável equipe Vêras, e também àqueles que, de alguma forma, contribuem para o nosso trabalho. São vocês que fazem com que a vida vença a lesão cerebral.

Um beijo a todos e muito obrigada!

CONCEIÇÃO VÉRAS
Diretora-geral – Institutos Vêras

APRESENTAÇÃO

Tudo o que o cérebro humano é capaz de imaginar é capaz de realizar.

RAYMOND DART

Senti-me, de fato, muito honrado e contente por ter sido convidado para apresentar esta obra. Primeiramente, por fazer parte, há mais de três décadas, do círculo de amigos da família Vêras. E, enfim, mas não menos importante, por conta de minha grande admiração pelo dr. José Carlos.

Por meio deste seu belo e relevante trabalho, o colega pretende mostrar, de forma clara e direta, aos pais e educadores, *quem* é a criança com lesão cerebral e a bênção divina que ela pode representar para sua família, por mais difícil que se mostre a aceitação desta ideia, em um primeiro momento. No entanto, para tornar sua admissão menos custosa e improvável, basta começarmos a pensar no forte elo de união que esta criança pode oferecer a todos aqueles que constituírem, de forma acolhedora, o seu entorno. Não desconhecemos que, a princípio, esta não é a atitude normalmente demonstrada pelos que se voltam para esse tipo de criança. Mais tarde, insistimos, se consideradas outras formas de estar no mundo que não aquela que nos impele à identificação com certa imagem de perfeição e completude, todos poderão se ver beneficiados pela sua presença.

Trata-se de uma criança que deve ser vista como capaz de demonstrar os atributos humanos de amor e inteligência e que, por conseguinte, não deveria ser olhada com preconceitos – verdadeiros obstáculos à expressão de tais capacidades. É necessário, a propósito, que, antes de todos os demais, os pais possam lembrar-se disso.

O livro inicia com uma história do próprio autor, mais precisamente, com a história de um acidente ocorrido em seus 15 anos de idade – um trágico mergulho cujas consequências se expressaram por sinais gravíssimos de lesão medular. A paralisia daí advinda teria sido diagnosticada como aparentemente total e o autor chegara mesmo a receber dos médicos, à época, as desencorajadoras palavras de que nada mais restaria a ser feito quanto ao fato.

Não obstante o pessimista retrato da situação, José Carlos e seus pais, o dr. Raymundo e a sra. Lourdes Véras, partiram para o estado norte-americano da Filadélfia, com o intuito de conhecerem o trabalho de ponta então desenvolvido nos Institutos para o Desenvolvimento do Potencial Humano. Mais tarde, exatamente com a experiência vivida naquelas entidades especializadas, organizaram, entre nós, o valioso Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória.

É que, com sua reabilitação, José Carlos Véras formou-se em medicina, especializando-se mesmo neste campo da neurologia. Além do mais, apoiado na imagem e na força do dr. Glenn Doman, presidente dos Institutos, e trabalhando ao lado de seu pai, criou um método que iria revolucionar o tratamento de crianças com lesão cerebral.

Ao longo dos anos, o referido Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória vem mantendo a tradição de excelência no atendimento a crianças com lesão cerebral, tendo hoje à frente a professora Conceição Véras, sua esposa, e contando, ainda, com o apoio de uma competente equipe.

Portanto, esta obra vem trazer nova visão para o tratamento da criança com lesão cerebral, além de carregar consigo, por seu conteúdo e pela história exemplar de seu autor, uma grande esperança para os pais – esperança esta também capaz de iluminar o trabalho que devem realizar educadores e terapeutas junto a esta criança.

HERMÍNIO DA SILVEIRA

M.D – c.d., Reitor do UniIBMR (Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação)

A NOSSA HISTÓRIA

Num domingo de verão, em 1956, nossa família estava toda reunida em Paquetá.

O dr. Raymundo Véras, meu pai, tinha uma casa de veraneio numa das inúmeras praias da ilha, onde costumava passar os fins de semana com a família, quando ainda tinha tempo para o lazer e o descanso.

De repente, a vida parou: meu pai notou que eu estava demorando demais a voltar de um mergulho. Nesta época, eu tinha 15 anos, era um garotão forte e nadava muito bem. A praia de Paquetá é muito rasa. Ao saltar de um pequeno cais, por sinal bem baixo, próprio para canoas, calculei mal, bati violentamente a cabeça no fundo arenoso e, quando meu pai me retirou da água, já apresentava sinais de gravíssima lesão medular, inclusive com paralisia aparentemente total.

O dr. Véras imediatamente atravessou a baía e me trouxe para o Rio, onde fui examinado por um dos mais conceituados neurocirurgiões da cidade, seu amigo. A resposta do colega foi a mais desanimadora possível:

– Infelizmente, Véras, não há nada a fazer. É duro dizer, mas o remédio, no caso de seu menino, é esperar a morte, que virá em dez ou quinze dias, não sei exatamente, mas virá em breve. A não ser que ocorra um milagre.

Agradecendo às pressas, meu pai me colocou na mesma ambulância em que ali chegara e me levou para o Hospital Miguel Couto, na Gávea (RJ), onde ele era chefe dos serviços de otorrino e oftalmologia. Passei por todos os tipos de exames, realizados minuciosamente, e fui atendido por todos os chefes de serviços do hospital. Ao final da noite mais longa da vida de papai, segundo me disse, a resposta foi idêntica à anterior: “Não há nada a fazer”.

Embora profundamente abatido, meu pai não desanimou. Achava impossível que todos os recursos da ciência já estivessem esgotados, e continuou a buscá-los, estivessem onde estivessem. Mesmo porque, sempre fez questão de afirmar, nessa busca louca a todos os recursos da

ciência, existia uma fé a impulsioná-lo, uma fé inabalável em Nossa Senhora.

Um tempo depois, partimos para os Estados Unidos, onde percorremos por vários dias instituições especializadas. Tudo foi inútil. As respostas eram sempre as mesmas. Meu caso parecia sem solução.

Minha irmã mais nova, Lourdinha, tinha 8 anos quando eu me acidentei em Paquetá. Nossa vida virou de pernas para o ar de um dia para outro. Primeiro, fiquei hospitalizado durante quatro meses e meus pais me acompanharam o tempo todo. Quando não estava no hospital conosco, minha irmã ficava com meus tios.

INSTITUTO DA FILADÉLFIA

Nas vésperas de nossa volta ao Brasil, minha mãe estava rezando com os olhos cheios de lágrimas na Catedral de São Patrício, quando uma pessoa lhe disse:

– Por que a senhora não leva seu filho ao Centro de Reabilitação na Filadélfia^[1]. Lá estão sendo realizadas experiências inteiramente novas com pessoas que sofreram lesão cerebral.

Era exatamente uma indicação dessas que meu pai esperava. Rapidamente, fomos para a Filadélfia, e papai não só me internou nessa clínica, como também se internou para se dedicar ao aprendizado do método.

Retornamos ao Brasil em 1958, eu em cadeira de rodas, mas com os movimentos da cintura para cima recuperados, e meu pai com uma decisão tomada: criar em nosso país as condições que conheceu na Filadélfia, até então inexistentes no Brasil. Começa, nesse momento, a história do Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, com a adesão total dos métodos de Glenn Doman, fundador e diretor dos Institutos da Filadélfia, que passaram a ser a nossa especialidade.

Isso o obrigou a se deslocar com muito sacrifício aos Estados Unidos. Ele dedicou três anos de sua vida à tarefa de me salvar e prometeu a si mesmo que outros pais não sofreriam o mesmo processo a que ele se submetera.

Durante nossa estada nos EUA, Lourdinha não pôde frequentar a escola porque precisava acompanhar mamãe, que estava com labirintite, e ir diariamente ao hospital ajudá-la com os meus exercícios. Meu pai ficava comigo durante a semana e só ia para casa aos sábados. Muitas pessoas diziam que nossos pais a estavam negligenciando e que ela poderia ter problemas mais tarde. Lourdinha acha que eles fizeram a coisa certa. Conseguiram, com muito carinho, fazer com que ela participasse desde o início da luta da família pela minha reabilitação. Ela diz que nunca se sentiu preterida, ao contrário: sentia-se engajada e percebia que tinha um papel a desempenhar. Com isso, acabou ficando mais próxima ainda de mim e de nossos pais. Trabalhou conosco durante muito tempo, aprendeu desde cedo a ter responsabilidade e criou seus filhos na filosofia dos Institutos. Glenn Doman sempre diz em suas palestras que o filho preferido é aquele que mais precisa dos pais em um dado momento e que Deus criou a família para possibilitar a ajuda mútua.

CENTRO DE REABILITAÇÃO NOSSA SENHORA DA GLÓRIA

Em 23 de abril de 1959, o dr. Raymundo Vêras fundou oficialmente o Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória onde, por dez anos, de 1958 (início informal do Centro) a 1968, fui paciente e trabalhei. Era então uma pequena clínica que, nos primeiros meses, funcionava em nossa própria casa, na rua Paissandu, no Rio de Janeiro. Devido à grande demanda de pacientes, no entanto, papai alugou uma casa à rua Dezenove de Fevereiro, bairro próximo, de onde teve que se mudar logo em seguida porque o imóvel foi desapropriado para o bairro ganhar mais uma via de escoamento de trânsito. Saiu dali sem reclamar e até mesmo feliz em servir à comunidade, alugando, também em Botafogo, ainda mais duas casas antes de ver finalmente realizado o seu sonho: uma sede própria.

De início, o Centro só tratava das sequelas de problemas neurológicos, como acidentes vasculares cerebrais (derrame), traumatismos raquimedulares e decorrentes de acidentes de trânsito. Nosso grupo de pacientes era constituído quase totalmente por adultos; entre eles marechais, gerais, brigadeiros, embaixadores que recebiam diariamente tratamentos específicos.

Em 1963, o Centro passou também a receber crianças com lesão cerebral. Certo dia, o dr. Vêras foi procurado por um amigo cujo filho tinha síndrome de Down, que pediu insistentemente para que sua criança fosse aceita entre os portadores de lesão cerebral. A partir desse momento, papai começou a tratar desta síndrome. Ao contrário das pessoas com lesão cerebral, o portador de síndrome de Down não tem uma parte de seu cérebro morta, e sim uma desorganização neurológica, que pode ser mais ou menos intensa. São células nervosas mal mielinizadas no bulbo, na medula, na ponte ou no córtex, determinando a gravidade do caso. Mas o tratamento deu certo, e o dr. Vêras se dedicou de tal forma ao estudo dessa síndrome, que se transformou em uma das maiores autoridades mundiais e um dos pioneiros no tratamento dos portadores dessa síndrome.

Por volta de 1966, o Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória passou a se dedicar exclusivamente a crianças com lesão cerebral, o que faz até hoje com bastante sucesso.

Em 1969, o governador do então estado da Guanabara (hoje estado do Rio de Janeiro), embaixador Negrão de Lima, doou um terreno na rua Humaitá para que fosse erguida a nossa sede^[2]. Em meados de 1975, ficava pronta a sede que usamos até hoje.

SOLIDARIEDADE

Quando voltei do tratamento na Filadélfia, ainda não havia terminado o ginásio (hoje ensino médio). Até 1956, ano em que sofri o acidente, frequentava a escola durante o dia pelos meus próprios meios. Em 1958, passei a ir à escola à noite, carregado por meu pai em um velho Chevrolet comprado especialmente para me transportar. Lá ficava entregue aos meus próprios cuidados. Naquela ocasião, recebi e aprendi o que é solidariedade, nunca tendo sofrido, por parte dos colegas e professores, qualquer tipo de discriminação.

Desde o começo, meu pai me orientou no sentido de não aceitar qualquer concessão ou discriminação. A única concessão aceitável era que a minha sala fosse no andar térreo. Raymundo Vêras sempre dizia:

– Se alguém nos facilitar, conseguiremos nosso objetivo com menos dificuldades. Porém, se não houver facilidades, vamos atingi-lo da mesma

forma. Vai apenas demorar um pouco mais.

Graças a essa filosofia, viajei várias vezes por dois continentes e estive em todos os lugares que desejei, inclusive onde pessoas em boa forma física nem gostam de se aventurar. Muitas vezes, me vi no quarto ou quinto andar de edifícios sem elevador. Andei por pontes pênseis que mostram o espetáculo de Foz do Iguaçu. Passeei em lanchas velozes, acompanhado apenas por um companheiro com um problema neurológico semelhante ao meu, e que se encontrava em condições pouco melhores do que as minhas. Desci de trenó uma encosta de neve. Frequentei bailes de carnaval e brinquei os quatro dias, me divertindo tanto quanto meus amigos. Olhando para trás, hoje, acho muita loucura. Porém, tenho certeza de que repetiria se tivesse que recomeçar.

MEDICINA

Em 1962, fiz pela primeira vez o exame vestibular para as quatro faculdades de medicina existentes no Rio de Janeiro na época: três na cidade do Rio de Janeiro e uma em Niterói. Houve dias em que a coincidência de provas me obrigou a ir de manhã para o Maracanã e de lá me deslocar para Niterói, às pressas, para fazer mais uma prova. Apesar de todo o meu esforço, fui reprovado naquele ano. Mas estava decidido a ser médico e disse para mim mesmo: “Nem que leve o resto da vida tentando, eu vou conseguir”. No ano seguinte, ingressei na faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado da Guanabara, atual UERJ.

Os seis anos de curso médico foram um período muito difícil para mim. A faculdade exigia horário integral. Tínhamos aulas das sete horas ao meio-dia e das treze às dezessete horas, inclusive em Vila Isabel. Era mínimo o tempo para almoçar em casa. Muitas vezes, as aulas da tarde eram no Caju ou no Instituto Médico Legal; outras se prolongavam até à noite. Frequentemente estava no Anatômico (um departamento da faculdade), às sete horas da noite, estudando para provas com um sanduíche do lado. Muitos incentivaram minha luta, como o professor Motta Maia. É claro que havia também professores que me criavam obstáculos, como o professor Bruno Lobo, a quem hoje agradeço por ter me obrigado a reunir todas as minhas forças para superar as barreiras que me impunha, fazendo-me ver o quanto possuía de reservas de energia.

Superada a fase acadêmica, recebi meu diploma em 1969. Por essa ocasião, já atendia pacientes do Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória e uma coisa era certa: nada do que aprendera na faculdade se aplicava ao meu trabalho com a criança com lesão cerebral. Do primeiro dia de aula até a formatura, minha turma e eu não vimos uma única criança com lesão cerebral. A única referência que tivemos foi uma aula teórica sobre paralisia cerebral, dada pelo professor Pedro Sampaio, cuja frequência não era obrigatória, ficando o anfiteatro entregue às moscas.

Na ocasião, pensei que isso fosse uma falha com a nossa turma. Porém, com o decorrer dos anos, verifiquei que a criança com lesão cerebral era uma grande desconhecida também para as turmas subsequentes, sendo considerada uma espécie de *batata quente* nas mãos de pediatras, neurologistas, neurocirurgiões. Assim, essas crianças eram tratadas apenas de forma sistemática. Se o problema era na visão (estrabismo, por exemplo), tentava-se uma cirurgia corretiva; se nos pés, fazia-se uma cirurgia para alongamento dos tendões nos adutores da perna; se na linguagem, tentava-se ensinar a criança a falar; se o problema fosse auditivo, uma prótese auditiva era logo preconizada; se a musculatura era flácida pela falta de uso, um aparelho com longas hastes metálicas e braçadeiras de couro era prescrito, fazendo a criança parecer um cavaleiro medieval. Mas, o pior de tudo era (e ainda é) a crença dogmática de que lesão cerebral é coisa irreversível. Daí porque todos os que tentam pensar ou lutar para modificar esse quadro são lançados à execração pública, considerados charlatões ou místicos.

PIONEIRISMO

O trabalho que temos desenvolvido, seguindo os preceitos do dr. Glenn Doman, é o de explicar a todos que lesão cerebral é no cérebro, e é aí que deve ser tratada. Até hoje, a primeira parte desse enunciado é tida como óbvia, enquanto a segunda não é entendida, não se admitindo como possa ser feita. A maioria dos profissionais de saúde persiste em tratar os sintomas como se fossem causas.

Nosso grupo sofreu no Brasil, e também no exterior, agressões verbais e escritas de médicos e sociedades médicas que se julgavam donos da área de lesão cerebral. Infelizmente, esses ataques contribuíram para agravar os

problemas do coração de papai, que se lançara de corpo e alma, com total determinação, à árdua tarefa de ser um pioneiro no tratamento da criança com lesão cerebral.

Como todo pioneiro, o dr. Raymundo Vêras abriu caminho com as próprias mãos. Sofreu humilhações e se sentiu sozinho e incompreendido. Ele plantou a semente de nosso trabalho, tendo que regá-la com seu suor e lágrimas. Deixou, no entanto, um caminho largo e aplainado. Em mim, deixou um exemplo pelo qual tenho procurado me guiar. Felizmente, de modo bem mais fácil, pois já não encontro *aves agourentas* nem ouço o *grito dos chacais*. Creio que o dr. Raymundo Vêras os afugentou para sempre.

GLENN DOMAN

Eu também me apoio na imagem e na força do meu ídolo e gênio predileto: Glenn Doman. São poucas as pessoas que, como eu, têm a felicidade de conviver com um gênio. Falar com Doman é, para mim, um prazer tão grande quanto um passeio é para alguns, um jogo de futebol para outros, ou mesmo ir à missa para os mais religiosos. Posso ouvi-lo por várias horas e, acredito, até por dias sem me sentir cansado ou com fome.

Uma vez, na Filadélfia, devido aos seus constantes expedientes de dezesseis horas de trabalho, Doman nos chamou, eu e minha esposa, Conceição, para se despedir de nós, rapidamente, já que partiríamos no dia seguinte. Conceição deixara, naquele dia, algumas roupas na banheira com a torneira aberta. Seis horas depois voltamos daquela *breve* despedida e encontramos nosso quarto completamente inundado, com nossas roupas e sapatos em estado de penúria absoluta, inutilizáveis; mas, não foi só isso: a água também atingiu o andar de baixo. Creio que esse exemplo ilustra bem a dimensão do que digo e sinto por Doman.

O que Doman falou em 1959, quando foi convidado para a inauguração do Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, e o que vem dizendo desde esse dia são, em essência, a mesma coisa: partindo da evolução neurológica, ele a correlaciona com as etapas do desenvolvimento motor da criança, ressaltando sua dominância hemisférica desde cedo, bem como o potencial cerebral, calcando seu trabalho nos pais da criança. Para ele,

papai e mamãe são os melhores terapeutas que uma criança com lesão cerebral pode ter.

Felizmente, os ataques que Doman sofreu em diversas ocasiões não lhe destruíram fisicamente como fizeram com meu pai. Além de ser mais jovem, tem um temperamento com pavio mais longo do que o do dr. Raymundo Vêras. Com isso, continua a ser a coluna mestra que sustenta o nosso trabalho e a minha própria pessoa. Não sinto por ele qualquer espécie de gratidão, mas um profundo respeito pelo ser humano e pelo gênio que é. Estou certo de que todos os membros de nossa equipe, se tivessem que recomeçar, não hesitariam um segundo em trilhar os mesmos caminhos e dificuldades.

Com Doman, conheci vários prêmios Nobel, antropólogos, filósofos, escritores, inventores, astronautas, cientistas e profissionais liberais de todas as áreas. Como um verdadeiro catalisador de ideias, consegue reunir à sua volta expoentes de todo o mundo nas mais diversas especialidades.

A criança é prioridade absoluta em sua vida; ela está presente em suas conversas e em seus projetos. Doman é realmente uma das poucas pessoas que conseguem tornar palpável a frase dita, há muitos anos, por Raymond Dart: “Tudo o que o cérebro humano é capaz de imaginar, é capaz de realizar”.

Quando nos reunimos com Doman, sentimos em seus olhos uma faísca magnética. Ao relatar seus projetos, tudo nele é sabedoria: “Vamos visitar e estudar todos os povos primitivos da Terra e ver como as mães desenvolvem suas crianças nas diferentes culturas”. Ficamos extasiados não só pela sua descrição, mas principalmente pela sua firme determinação de executar tudo isso. Deve ter sido assim que as primeiras viagens soaram aos povos antigos, ou como a conquista do espaço soa agora para nós. Mas tudo isso é passado. De lá para cá, vários de seus sonhos já se realizaram, como a caminhada dos montes Apalaches feita por cinco estudantes da Escola de Desenvolvimento Humano da Filadélfia, acompanhados de dois membros do Instituto Filadélfia. Eles foram da Geórgia, sul dos Estados Unidos, ao rio Maine, no norte do país, uma distância de 3.300 quilômetros, pouco mais que a Rio-Belém, em cinco meses – de março a setembro.

ATAQUES

Em novembro de 1982, quando cheguei para mais uma reunião nos Institutos para o Desenvolvimento Humano, na Filadélfia, o ambiente estava tenso. Havia sido reeditado o mesmo texto de um ataque feito em 1968 por instituições médicas e técnicas, sem que uma vírgula fosse trocada. Lembro-me bem do que meu pai me contara sobre os graves prejuízos causados aos Institutos de Filadélfia por essas críticas demolidoras. As cinco equipes que funcionavam simultaneamente se reduziram a uma única equipe, formada por diretores e membros mais proeminentes das equipes anteriores; as doações da maioria das fundações americanas foram cortadas; e a lista de espera de oito anos diminuiu.

E o que esse novo ataque significaria para nós? Teríamos forças para mais uma vez reagir e vencer? Fizemos então uma reunião com o advogado dos Institutos a fim de entrarmos com uma ação legal e evitar os danos de 1968. Ainda me lembro de que nesta reunião falei particularmente a Doman: “Se não conseguiram nos destruir em 1968, agora em 1982 isso será propaganda a nosso favor”.

Certa vez, perguntei a meu pai por que nos atacavam com tanta ferocidade, infâmias, mentiras. Ele, surpreendentemente, disse que era um problema de estômago:

“Nós representamos uma ameaça para aqueles que têm a criança com lesão cerebral como sustentáculo financeiro de suas famílias”. Era no necessário *leite das crianças* que os ameaçávamos.

Hoje sei que ninguém aceita passivamente o sucesso de outra pessoa, principalmente na mesma área de atuação. O sucesso dos outros incomoda terrivelmente a maioria das pessoas. Por isso só há ataques contra aqueles que se destacam em sua luta, em seu trabalho. As pessoas que nada realizam jamais são agredidas, muito menos os malsucedidos, pois não ameaçam ninguém. Mas tudo tem seu lado positivo. Desde cedo aprendi que todo erro ou agressão sofrida traz sempre uma lição, acrescentando dados novos à nossa experiência de vida.

AMIGOS, NAMORADAS, CASAMENTO

De 1958 até hoje, conheci muitas alegrias e tristezas. Após o acidente que sofri, logo que voltamos dos Estados Unidos meus pais transformaram nossa casa numa espécie de clube, onde os garotos das redondezas da rua

Paissandu iam diariamente após o jantar e integralmente nos fins de semana. Um grupo de vinte a trinta moças e rapazes estava permanentemente conosco em casa e nos passeios a Paquetá, Petrópolis etc.

Muitas vezes, em nosso apartamento de sala, quarto e varanda, em Petrópolis, acordávamos com quinze a vinte pessoas dormindo na sala, após um baile de carnaval. Fazíamos festas, íamos a bailes, levávamos a vida como os grupos de amigos levavam naquela época (violão, cuba-livre, namoricos). O tempo passava, e o nosso acidente que, com certeza, para algumas pessoas seria um grande infortúnio, passava despercebido para mim. Muitas vezes senti que alguns até tinham inveja por eu ter amigos verdadeiros^[3].

Minha primeira namorada, que conheci aos 13 anos e com quem pretendia me casar, foi acometida por uma estranha febre de origem desconhecida, falecendo dezoito dias depois. Isso foi muito mais difícil de superar que meu acidente, pois não se pode lutar contra a morte. Durante muitos anos me dediquei ao máximo ao trabalho, sem parar para pensar, pois quando se tem tempo ocioso as coisas se complicam na cabeça.

Na década de 1960, tive um inconsequente e rápido noivado. Por volta de 1970, porém, uma pessoa que mudaria o rumo de minha vida chegou a esta clínica em busca de tratamento para sua irmã portadora de lesão cerebral. Ela tinha 15 anos, era meiga e demonstrava um amor e uma responsabilidade muito grande com a irmã. Pouco depois, seu pai faleceu, deixando sua família em situação difícil. Todos queriam ajudá-la. Eu me lembro claramente que conversei com meu pai na mesma noite, e ele decidiu chamá-la para trabalhar conosco.

Durante muitos anos, Conceição foi secretária do dr. Raymundo Vêras, dele assimilando o espírito lutador e a nobreza de coração, aprendendo a ser fiel à causa da criança com lesão cerebral. Em 26 de agosto de 1972, começamos a namorar. Um ano depois ficamos noivos e, após um ano de noivado, nos casamos em 26 de agosto.

DESTINO

As datas em minha vida têm uma importância e um significado que muitas vezes me fazem crer na existência de algo previamente programado. Em 26 de agosto, nasceram minha única irmã, Lourdes Lobo Vêras (hoje Lourdes Vêras Norton), meu grande ídolo Glenn Doman e começou a minha vida a dois. Em 23 de dezembro de 1955, minha mãe chegou em casa carregada, ficando em coma mais de seis meses, com uma crise de labirintite que por pouco não a levou à morte. Em 23 de dezembro de 1974, meu pai sofreu um gravíssimo infarto agudo do miocárdio, que lhe tirou a vida vinte dias depois. Num 23 de dezembro, começou também o mal que mataria minha primeira namorada, além de outros fatos marcantes. Isto nos levou a respeitar esta data, e sempre procuramos ficar em casa neste dia, pois existem mais mistérios entre o céu e a terra do que supõe nossa pequena imaginação.

Em seu livro *Filhos do sonho, filhos da esperança*, por exemplo, o dr. Raymundo Vêras relata o que aconteceu na catedral de São Patrício com minha mãe. Naquela época, mamãe não entendia a língua inglesa, e até hoje não sabemos como ela entendeu a pessoa que lhe orientou para os Institutos da Filadélfia, que, por sinal, nunca chegamos a saber quem era.

Em 1977, numa visita a Roma, ao entrarmos no Vaticano, um homem aproximou-se de nós e disse que falava sete idiomas. Dirigindo-se a mim – provavelmente em português ou inglês, já que o compreendi –, disse:

– Você tem uma enorme responsabilidade. Milhares de pessoas dependem de você. Reze por elas e siga o seu caminho.

Da mesma forma que surgiu, desapareceu. Procuramos em volta e ele sumira na multidão. Estávamos eu, Conceição e Mário, pessoa que é como um filho para nós pelo muito que nos tem ajudado. Até hoje nenhum de nós tem vontade de falar a respeito, pois sentimos que ali aconteceu algo diferente.

Nunca soube interpretar esse acontecimento, mas não duvido que tenha havido algo sobrenatural nesse e em outros episódios. Apenas acredito que esses fatos demonstram que somos meros instrumentos do Criador; Ele dispõe e dirige nossa vida à sua maneira, sem termos a menor ingerência sobre nosso próprio futuro. Aos 15 anos, pretendia ser engenheiro naval, e já me preparava para ingressar no Colégio Naval, em Angra dos Reis, quando me aconteceu o acidente. Depois dele, vi o curso da minha vida ser modificado sem a minha interferência e sem que eu tivesse a menor possibilidade de mudar nada.

Muitos pais, quando percebem que têm um filho com problemas, começam a procurar saber de quem é a culpa. E, geralmente, procuram na família do cônjuge a origem do problema, culpando-se mutuamente pelos erros ou falhas cometidas, já que a maioria das pessoas se julga infalível. Entretanto, os fatores familiares são infinitamente pequenos. Podemos tentar fazer tudo corretamente e obter um resultado completamente errado, ou fazer tudo errado e chegar a um resultado certo, independente de nossa vontade. Mas nem por isso devemos esperar por um milagre da Providência, ou aguardar que Ela nos indique seus desígnios para segui-los. É um dito popular que “não fazer nada nunca foi solução para coisa alguma”, muito menos quando o problema é grave.

Eu sempre digo, quando me falam de soluções milagrosas, que acredito na Justiça Divina. Mas se um dia souber de alguém que, sem qualquer esforço, sem qualquer sacrifício, tenha conseguido um milagre da Providência Divina, vou protestar com todas as minhas forças, pois sei das dificuldades e das lutas que tive de enfrentar para sair de uma situação de vida vegetativa, na qual só conseguia movimentar os olhos, e chegar à situação em que me encontro agora. Diariamente, vejo desfilar diante dos meus olhos a luta e o sacrifício de pais de crianças com lesão cerebral, com a perseverança e a determinação que só um pai ou mãe conseguem ter quando desejam tirar seu filho de uma situação difícil como a causada por uma lesão cerebral. Não, eu sei que não seria justo, e é por isso que acredito que o milagre está em nós. Deus apenas permite que ele aconteça, se esta for a sua vontade.

E A LUTA CONTINUA...

Em 1958, quando foi criado, o Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória era constituído por uma equipe pequena^[4], além de contar com o apoio de minha mãe, minha irmã e o meu.

Nos primeiros tempos, muitas vezes o dr. Raymundo precisou vender o carro e outros objetos de valor para manter a folha de pagamento em dia. A vida de uma instituição filantrópica no Brasil não é lá muito fácil. Graças ao esforço dele, nosso Centro reúne condições que permitem manter uma equipe e uma sede à altura dos sonhos e sacrifícios de meu pai

e de toda a nossa família. É importante ressaltar sempre que a nossa instituição nasceu dentro de casa, com nosso capital e esforço. Porém, com sua visão de futuro e desprendimento pelas coisas materiais, o dr. Raymundo Vêras transformou o Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, desde o seu primeiro estatuto, numa entidade civil filantrópica sem fins lucrativos, nos mesmos moldes em que funcionam as outras instituições a nós ligadas, especialmente os Institutos da Filadélfia.

Nosso ideal é conseguir que as instituições sobrevivam a nós e prossigam com a mesma filosofia quando não estivermos mais aqui, pois a vida é curta e devemos lutar para torná-la útil. Meu pai fez de mim seu seguidor, e procuro incentivar outras pessoas a continuarem o trabalho depois de mim. Tenho certeza de que, entre as pessoas que, em nosso Centro, desempenham funções gerenciais, existem muitas com gabarito para continuar nossa obra e mantê-la dentro da mesma filosofia.^[5] Essa equipe funciona coesa e unida, e é constituída por pessoas muito especiais. Qualquer uma delas tem condições de atuar lá fora, em sua área, e ser líder, trabalhando menos e ganhando mais; mas elas não estão atrás de bens materiais, o objetivo delas é dar prosseguimento a seu ideal, que é o que lhes motiva a acordar no dia seguinte, já que sabem o significado de sua própria existência.

A maioria das pessoas não tem motivo para acordar a cada dia, ou melhor, desconhece sua verdadeira missão. Não nascemos apenas para acordar, comer, trabalhar, se divertir, dormir. Cada um aqui nesse planeta tem sua missão, desde o ser formado por uma única célula até os mais desenvolvidos física e intelectualmente. Sentir que somos responsáveis, juntamente com a equipe e os pais, por ajudar a enxergar uma criança que não via, fazer ouvir aquela que nada escutava, ou ver andar a que não dava um passo, regozija todo o nosso eu. Este é nosso maior pagamento por jornadas de trabalho que às vezes atingem dezesseis horas.

Doman também se preocupa com a continuidade dos Institutos da Filadélfia, embora esta já esteja assegurada. Janet Doman, sua filha, é hoje diretora, e Douglas Doman, seu filho, é o vice-diretor. Glenn ficou como presidente do Conselho Diretor^[6]. É bem verdade que, com sua personalidade carismática, continua tendo influência sobre nós. Mas Filadélfia tem sua turma jovem, e estou certo de que, pelo menos para os próximos cinquenta anos, a nossa filosofia está assegurada. Como nós, eles saberão seguir os passos dos pioneiros de nossa história^[7]. Durante

muitos anos, após a morte de meu pai, em 1975, minha mãe assumiu a direção do Centro. Em 1986, eu assumi a direção-geral, e minha irmã, Lourdinha Véras, a vice-diretoria.

Em 22 de março de 1985, partimos com uma equipe para atender crianças em Curitiba, no sul do Brasil. Paramos em Aparecida, São Paulo, para pedir a proteção de Nossa Senhora. Naquele momento, percebemos que algo de muito importante ia acontecer: o nascimento de nossa filha Maria Rafaela Massa Véras, a qual, tenho certeza, foi mais um desígnio dos céus para assegurar o futuro deste trabalho. Prevejo que ela e outros membros da terceira geração de Raymundo Véras e Maria de Lourdes Lobo Véras, como Ronaldo e Rogério, filhos de minha irmã Lourdinha, irão assumir a responsabilidade de levar adiante a ideia de nossa família, o quanto for possível. Espero também que, nessa época, o nosso programa se baseie muito mais na prevenção dos problemas do que no tratamento das sequelas neurológicas.

A VIA-CRÚCIS DA FAMÍLIA

A via-crúcis de uma família se inicia quando algum imprevisto ocorre no processo de gestação, seja no período de gravidez ou na hora do parto.

Algumas mães vivem a gestação de maneira tumultuada, seja por razões sociais, emocionais ou mesmo clínicas. Muitas vezes, não desejam a criança, mas mesmo assim levam a gravidez até o final. Só depois descobrem que a criança nasceu com graves problemas. Se a mãe grávida, por exemplo, teve contato com uma criança ou adulto que estava com rubéola, isso traz uma preocupação muito grande para ela. Meses depois sua suspeita se confirma com o bebê que nasce com sequelas.

O consumo de drogas lícitas ou ilícitas durante a gravidez, ainda que em pequenas quantidades, pode causar sequelas ao desenvolvimento da criança. Poderia citar outras inúmeras situações, mas acredito que esses exemplos já dão aos pais uma ideia sobre o início dos problemas, antes mesmo do nascimento da criança.

A TRISTE NOTÍCIA

Quando a criança nasce, os problemas se tornam ainda mais sérios. Normalmente, ela vem ao mundo cercada de grande expectativa por parte dos pais e familiares que desejam que a criança seja, além de sua imagem e semelhança, muito melhor do que eles. Esperam o novo ser felizes e cheios de esperança.

Em muitos casos, a mãe sabe que houve momentos de complicações, tanto durante o período que antecedeu como durante o parto. Ela ainda permanece anestesiada, enquanto a criança é levada para o berçário. Os pais consultam os médicos, e eles dizem que tudo correu normalmente. Às vezes, uma enfermeira *faladeira* deixa escapar que o bebê não chorou logo ao nascer, não sugou ou teve complicações respiratórias. Porém, isso

geralmente não chega ao conhecimento dos pais. A criança tem alta e é encaminhada para casa.

Principalmente para as mães que tiveram seu primeiro filho, um bebê é uma experiência completamente nova, sem parâmetros para comparação. Tudo é novidade. Porém, nas primeiras semanas de vida, uma tia que já teve filhos, uma amiga ou uma avó começam a dizer aos pais que aquela criança é diferente das outras. Muitas vezes, não chora, é muito mole, ou então chora permanentemente, como se estivesse com dor. Pode ser também uma criança com dificuldades para sugar o seio materno ou a mamadeira. Algumas vezes, os parentes notam que a criança é estrábica ou é um pouco *diferente*.

A mãe procura um pediatra, que lhe diz que a criança é normal, que a mãe está muito ansiosa e, por isso, ela vê problemas na criança. Nos meses seguintes, a mãe retorna várias vezes ao consultório do pediatra, e este sempre lhe repete que o desenvolvimento de seu filho é apenas “mais atrasado”.

Passados três, quatro ou seis meses, as anormalidades crescem e a mãe fica cada vez mais angustiada e dividida. Ela procura então um outro médico, que lhe recomenda um especialista no assunto – um neurologista. Após fazer os devidos exames, o neurologista constata o problema neurológico da criança e coloca-lhe um rótulo, por exemplo: paralisia cerebral, disfunção cerebral mínima, retardo mental, paralisia cerebral espástica, paralisia cerebral atetoide, autismo, esquizofrenia, síndrome de Lenox, síndrome de West ou síndrome de Down.

Nos casos de crianças com síndrome de Down, a via-crúcis começa quando ela nasce, pois o problema está estampado em sua face. Às vezes, o pai é chamado no mesmo dia ao consultório médico, e o problema lhe é colocado da maneira mais fria possível: “Tenho uma grave notícia a lhe dar: seu filho tem síndrome de Down”. Geralmente, os pais nem sabem o que significa ao certo e ouvem do médico a explicação de que “isso é assim mesmo”, ou ainda que “não há nada a fazer pelo seu filho”. Ele será uma criança diferente das outras e nunca terá condições de frequentar uma escola regular. Terá também um atraso mental-motor que o fará dependente por toda a vida. É muito provável que tenha problemas cardíacos e baixa resistência a infecções. É muito difícil avaliar quanto uma sentença dessas, logo no primeiro dia de vida do filho, traumatiza os pais. Somente passando por tal experiência para saber o que significa. É

uma situação tão difícil que alguns pais, ao ouvirem tal veredicto, pensam em se suicidar, levando os filhos.

Quando questionamos este tipo de atitude por parte dos médicos, somos tidos como “os fora da realidade”, pois, segundo afirmam alguns, é necessário que a família tome logo conhecimento da situação. Entretanto, mesmo que essa sentença fosse um espelho da realidade, não encontramos justificativas para tanta frieza e sadismo, principalmente porque não é verdade que não haja solução. Meses ou anos depois, as crianças que tiverem uma boa orientação e um bom tratamento podem ter um desenvolvimento excelente.

O QUE FAZER?

Após o choque inicial, a família não se conforma com a falta de solução para o caso de sua criança, e começa a procurar por toda parte os recursos necessários para melhorá-la, ou mesmo curá-la. Os pais ouvem falar em remédios milagrosos, sonham com cirurgias fantásticas, procuram paranormais e até se escudam na religião, esperando por um verdadeiro milagre. A maioria, porém, sente que algo precisa ser feito. A solução não pode ser olhar o tempo passar, a criança crescer e nada fazer. Mas o que fazer? Que caminhos seguir? Os pais começam a ouvir falar do fisioterapeuta, do massagista, do terapeuta ocupacional, do psicólogo, do fonoaudiólogo e, se a família tem recursos, passam a frequentar o consultório de todos esses profissionais.

No nosso entender, a soma dos esforços de todos esses técnicos, trabalhando isoladamente com o mesmo paciente, não resulta em um tratamento eficaz. Uma programação neurológica de organização do sistema nervoso deve ser feita em equipe, num trabalho diário de dez horas, no mínimo. Além disso, acreditamos que os pais são os melhores técnicos para executar uma programação diária. A equipe multidisciplinar de uma instituição de reabilitação serve como base de orientação e apoio aos pais, e não como executora da programação. Como pode esse trabalho ser realizado por técnicos durante dez ou mais horas por dia?

Os pais são vistos geralmente pelos técnicos com suspeita. Em primeiro lugar, são acusados de serem a causa do problema da criança. Para nós, os pais não são a causa nem o problema da criança. O que

precisam é de orientação, de boa orientação, para ser mais claro. Em seguida, afirmam que os pais não têm conhecimentos técnicos suficientes para executar a programação. Isso até poderia ser verdade se os pais fizessem o programa sem uma supervisão técnica. Mas se existe uma equipe capacitada para orientá-los, acreditamos que são os próprios pais os técnicos mais capazes para exercitar qualquer tipo de estimulação. Se questionarmos a dificuldade dos pais para estimular seus filhos, devemos questionar também a falta de orientação e preparo dos técnicos para o mesmo fim.

Em maior ou menor grau, de acordo com o sistema nervoso do indivíduo e sua capacidade, acreditamos que sempre virá algum resultado, desde que nos proponhamos a realizar qualquer atividade ou estímulo com uma criança. Orientamos os pais a seguirem seu instinto quando estiverem em dúvida sobre qual o caminho a percorrer. Quando alguém lhes disser que alguma coisa deve ser feita com a criança, e isto, no seu entender, não parecer correto, podem ter certeza de que vocês, pai e mãe, estão certos. Vocês são os melhores técnicos para o dia-a-dia de seus filhos. O conhecimento teórico dos técnicos junto com a prática dos pais é de um valor incalculável. Se a prática de uns ou o conhecimento teórico dos outros forem vistos de forma unilateral, serão bem menos eficientes do que quando usados em conjunto. Os pais procuram, e alguns chegam a criar a *instintoterapia*. Por falta de orientação, inventam estímulos, posições, jogos, situações que imaginam auxiliar o desenvolvimento de seus filhos.

As grandes instituições nacionais de tratamento de crianças, como associações de pais ou entidades de educação especial, difundem uma série de ideias preconceituosas, conformistas e irreais como solução para o problema da criança, por eles chamada de *excepcional*. Essas instituições sustentam que o problema das crianças é irreversível. Dizem também que os pais têm outros filhos, precisam trabalhar e, portanto, não podem cuidar do tratamento. Criam então verdadeiros depósitos de crianças, onde elas passam algumas horas do dia entretidas e recebendo “muito amor”, enquanto seus pais trabalham e cuidam dos outros filhos.

Esse tipo de atitude afasta os pais da responsabilidade pelo tratamento e da realização daquela criança. Alguns anos mais tarde, quando atinge os 8, 10 ou 12 anos, a criança é devolvida à família, com a desculpa de que não há mais solução para ela naquele estabelecimento. A família está

então completamente despreparada para recebê-la. Mais uma vez vem a pergunta crucial: o que fazer?

TRATAMENTO NO EXTERIOR. UMA SOLUÇÃO?

No passado, se acreditava que o tempo tratava de resolver os problemas, pois, devido à falta de recursos, essas crianças morriam cedo. As famílias com mais recursos dirigiam-se ao exterior. Eu mesmo fui diagnosticado como *caso sem solução*, e por isso meus pais procuraram a resposta para o meu problema fora do Brasil. Acreditavam que em países mais adiantados pudessem existir recursos mais modernos que me salvassem. Advirto, entretanto, que o tratamento dado às crianças com lesão cerebral é tão precário naqueles países quanto no nosso, pois a mentalidade predominante é a de que não vale a pena perder tempo com trabalhos de reabilitação, muitas vezes de resposta duvidosa.

Adotam-se então soluções práticas, como nos Estados Unidos. Lá, ao se diagnosticar uma *criança-problema*, aconselha-se aos pais que a coloquem em uma *instituição para a vida*, isto é, um hospital ou creche financiada pelo governo, sem ônus para os pais. Lugares onde a criança é colocada e esquecida, para que seus pais possam continuar a produzir pelo país. Uma criança numa instituição deste tipo custa de US\$ 13 a US\$ 30 mil por ano ao Estado. E para quê? Para nada. Nenhum tipo de resultado é obtido. Apenas se mantém a criança com vida, se é que isso é vida para uma menina ou menino: viver sem os pais.

Já estivemos em muitos desses países mais adiantados e também recebemos correspondência de pais tão desorientados quanto os de qualquer país em desenvolvimento. Os preconceitos e os tabus criados a respeito dessas crianças, em muitos casos, são feitos somente para proteger a sociedade. Quanto mais desenvolvidos são um país e seus habitantes, maior a tendência a acreditar nesses preconceitos e a optar por soluções práticas, em vez de soluções humanas reais.

Há casos de empregadas domésticas que trabalhavam quase que em regime de cativo, e mesmo assim conseguiram tirar seus filhos de uma situação bastante grave dando-lhes uma vida normal. Em contrapartida, já vimos muitos pais com recursos não lograrem êxito. É o caso de um sul-americano que construiu uma instituição, equipando-a com material

moderno e técnicos capacitados, para atender seu filho e outros. Ele tinha condições e arcou com todo o ônus; mesmo assim não conseguiu resolver o problema.

NOSSA PROPOSTA

Trabalhamos com essas crianças por mais de um quarto de século e, portanto, sabemos que de nada adianta a família transferir para outros a sua função na recuperação de seus filhos. Somente ela tem condições de executar a programação. Se a família não tem tempo para resolver o problema de sua criança, é quase certo que não obterá resultados positivos. O programa a ser executado com uma criança exige prioridade absoluta sobre as demais atividades diárias da família, tomando geralmente de seis a doze horas de seu dia.

O dr. Raymundo Vêras, meu pai, costumava dizer que “para resolver o problema de uma criança com lesão cerebral, fazer o possível não é o bastante. É preciso fazer o impossível”. O problema de uma criança com lesão cerebral deve estar acima de um programa de domingo, de um jogo de futebol ou de um casamento na família. Para se obter resultados satisfatórios, o programa deve continuar diariamente em seu ritmo normal, apesar de quaisquer acontecimentos sociais.

Acreditamos também que os irmãos devem ser incluídos na programação, auxiliando os pais a executá-la. Dessa maneira, a criança tem a atenção dos irmãos e não se sente estranha a eles. Os irmãos também são beneficiados com o programa e podem atingir um maior estágio de desenvolvimento. Nosso grupo na Filadélfia e aqui no Brasil tem criança sem lesão cerebral que faz a mesma programação, para acelerar e desenvolver, o máximo possível, seu potencial.

A programação pode até ser feita debaixo de uma mangueira, por exemplo, se houver um grupo de pessoas orientadas para fazê-la. A grande dificuldade desta programação é o fato de ela exigir o trabalho de duas a cinco pessoas com apenas uma criança, o que a torna, na maioria dos casos, economicamente inviável.

O tratamento exige uma rotina de trabalho diário da família que, se bem organizada, consegue encontrar o número de horas suficientes para realizar também as outras atividades domésticas, sociais e profissionais.

Conhecemos uma família portuguesa em que o pai e a mãe trabalham das 8h às 16h, e começam a fazer a programação de seu filho quando chegam em casa. Não são raras as vezes que terminam a programação quase à meia-noite e, enquanto o menino pedala sua bicicleta, seguem preparando o material para o dia seguinte até uma ou duas horas da manhã. No dia seguinte, despertam às 7h para trabalhar, e o garoto só acorda ao meio-dia. Estes pais, por exemplo, optaram por dormir menos horas. Temos o caso de um pai médico, em Alagoas, que passou a clinicar apenas meio expediente para que, no outro horário, pudesse cumprir a programação de seu filho. Isso sem contar os familiares (avós, por exemplo) e aqueles casos em que o pai trabalha num horário e a mãe em outro.

Esses exemplos reais demonstram o que é possível ser feito quando se acredita num futuro melhor para a criança. Desses pais nunca ouvimos palavras de desencanto ou qualquer referência a estarem se sentindo forçados a fazer coisas que não desejam. O entusiasmo dos pais que seguem a programação é contagiante e, graças a eles, fica cada dia mais claro o quanto é possível fazer por uma criança com lesão cerebral.

Os pais em todo o mundo não sabem, infelizmente, o quão necessário é, para o desenvolvimento de qualquer criança, a realização de estímulos com alta frequência, intensidade e duração. Acreditam que o ser humano já vem ao mundo programado para que todas as suas funções aconteçam espontaneamente, numa data pré-determinada, sem que nada seja preciso fazer. Este é um erro bastante comum a que são induzidas as pessoas. Porém isso não é nem uma sombra da realidade. Muitas crianças que hoje apresentam problemas poderiam não ter esses problemas se tivessem recebido uma estimulação generalizada.

Valendo-me da canção popular que diz “quem sabe faz a hora não espera acontecer”, acredito que muitos tabus e preconceitos atrapalham o pleno desenvolvimento do potencial humano. Em nosso Centro, por exemplo, recomendamos que as crianças durmam no chão do quarto que é revestido por uma superfície de espuma e plástico, onde podem se locomover em todas as direções, sem qualquer risco. E os pais e familiares devem ir para o chão e brincar junto com seus filhos. Podemos garantir que é algo saudável e bastante divertido.

A esta altura, muitos pais começam a se perguntar “que tipo de médico é este que recomenda trabalho de até catorze horas por dia, que a criança durma no chão e que os pais vão para o chão junto com ela?” Muitos

resolvem então perguntar a seu pediatra se nos conhece. É comum ouvirem a seguinte resposta:

– Dr. Véras? Sou contra. Vocês devem levar seu filho a qualquer lugar, menos lá, pois eles sobrecarregam demais a família e são muitos duros com a criança. Não são aceitos pela sociedade de fisioterapia, pelas instituições instaladas e reconhecidas. Não vá lá, porque eles retiram os remédios anticonvulsivantes de seu filho. Não vá lá pois eles viram a criança de cabeça para baixo e jogam-na para cima. Não vá lá que eles querem robotizar as crianças. Eles acreditam que as crianças com lesão cerebral podem ter uma vida normal, que absurdo!

Outros dizem ainda que, se a criança tem síndrome de Down, o Centro do dr. Véras talvez possa fazer alguma coisa, mas a criança nunca será muito mais do que um macaco. A equipe do dr. Véras diz que ensina as crianças a ler, mas na verdade só as ensina a decorar. Lá, toda a responsabilidade recai sobre a família e se a criança não obtém sucesso a culpa é dos pais, que não trabalharam o suficiente.

Esses fatos levam muita gente a desistir de nos procurar, com medo do que possam encontrar. Quando os pais já estão no meio de sua via-crúcis, nosso tratamento então lhes serve de recomendação. Muitos nos contaram que decidiram nos procurar porque tudo o que lhes fora recomendado como *correto* os tinha decepcionado.

Devo dizer ao leitor que não colocamos nossas mãos em nenhuma criança. Toda programação é executada pela própria família, da qual exigimos participação em todos os momentos. Sem isso, nos recusamos a tratar do paciente. Não há qualquer semelhança entre nosso método e o tratamento tradicional, no qual a família é geralmente proibida de ver o que está sendo feito com a criança. Nessas ocasiões, sim, tudo pode acontecer. Deve estar claro para todos que não obrigamos ninguém a fazer o tratamento. Cumpre nossa programação apenas quem nela acredita.

Creio que a maioria de nossos críticos desconhece o trabalho que realizamos.

Tenho certeza de que não perderiam o seu dia se viessem até nossa instituição. Todos se baseiam no “ouvi dizer”, “eu acho” ou “sou contra”. Nunca alguém que viu de perto nosso trabalho ficou contra ele.

Nos congressos, permitem-nos apresentar trabalhos em apenas dez minutos, nas sessões de *temas livres*. Enquanto isso, aqueles que fazem o tratamento *clássico*, que não é nem tratamento nem clássico, e

sim um amontoado de técnicas sem pé nem cabeça, têm à sua disposição duas ou três horas, durante vários dias, para apresentarem o que quiserem.

A grande diferença entre o tratamento *clássico* e o nosso é que, no primeiro, não se acredita em resultados, e sim em ensinar a criança a viver com suas deficiências sem mais problemas. Já o nosso trabalho acredita que o indivíduo pode se desenvolver e chegar à normalidade de vida, ou bem próximo disso, realizando um trabalho intenso durante três, quatro ou cinco anos. Do outro lado acredita-se que não vale a pena perder tempo com tentativas de desenvolver esse indivíduo, apenas devendo-se prepará-lo o mais rápido possível e a qualquer preço para não atrapalhar a vida de sua família. Esta é a verdade.

Antigamente, as famílias passavam por um processo de culpa pelo ocorrido e eram levadas a esconder o problema. A criança era colocada no último quarto da casa, um lugar geralmente inacessível aos visitantes. Essa criança virava um segredo que poucas pessoas conheciam.

Felizmente, esse modo e essa culpa já não são tão grandes hoje em dia e, portanto, perturbam menos. Acreditamos que no futuro as pessoas olharão para essa atitude como se fosse um primitivismo, fruto do preconceito e da ignorância. Infelizmente, porém, ainda é uma realidade.

O CÉREBRO E SEU POTENCIAL



Podemos dizer que este é o assunto mais importante do livro. Isso porque é no cérebro que se originam os problemas das crianças com que lidamos. O cérebro é nosso campo de ação e de trabalho. Não tratamos especificamente de problema na perna, no braço, no olho, na fala; mas sim no cérebro. O problema dessas crianças deve ser tratado diretamente na fonte, ou seja, no cérebro.

O QUE É O CÉREBRO

O cérebro é o principal órgão do sistema nervoso central. Tem coloração rósea e situa-se na parte superior do crânio, dentro de uma caixa óssea hermeticamente fechada e pesa cerca de 1.800 gramas. É feito de um tecido mole e é ricamente vascularizado. Sua superfície possui uma série de giros, que se assemelham a um prato de macarrão (ilustração).

É composto de dois hemisférios: direito e esquerdo, divididos por uma linha longitudinal. São ligados através de uma estrutura de fibras nervosas, denominada corpo caloso, situada abaixo da superfície, não sendo vista a olho nu. Podemos dizer, portanto, que temos dois cérebros: direito e esquerdo.

Antigamente, existia um tipo de cirurgia chamada hemisferictomia, em que se retirava uma banda do cérebro (um dos hemisférios) do paciente. A princípio, o indivíduo com apenas um *cérebro* apresentava problemas

sensório-motores; após um período de quatro a seis meses, no entanto, suas funções fundamentais iam voltando ao normal. Podemos citar o caso de David Posnet, que foi atropelado aos 8 anos e praticamente dado como morto. Socorrido na beira da estrada por um neurocirurgião, foi levado para um hospital e submetido à hemisferictomia. Assim, David perdeu todas as funções quando era apenas criança. Ficou por alguns meses num estado de vida neurovegetativa. Foi então levado para os Institutos para o Desenvolvimento do Potencial Humano, na Filadélfia, onde o dr. Glenn Doman e sua equipe conseguiram fazer de David um homem que hoje anda, fala, enxerga, estuda, luta judô e dirige automóvel. Atualmente, David utiliza normalmente os dois lados de seu corpo.

Capacidade cerebral

Há muitos anos que a medicina acredita como *verdade máxima* que lesão cerebral é algo irreversível. O caso de David Posnet, no entanto, prova justamente o contrário. Durante muitos anos os pacientes com lesão no sistema nervoso central foram tidos como casos perdidos, e, ainda hoje, esse tipo de pensamento tem bastante força.

No caso de o cérebro sofrer danos em alguma de suas áreas, o indivíduo passa a apresentar, conseqüentemente, a perda de algumas funções. A equipe dos Institutos da Filadélfia acredita que, para se recuperar dessa perda, o indivíduo só pode recorrer à substituição das células que morreram por outras, latentes em seu potencial cerebral.

Existem cerca de dez a doze bilhões de células funcionais (neurônios) no cérebro humano. Pesquisadores afirmam que o homem utiliza, no máximo, 10% dessas células, ou seja, um bilhão de neurônios. E para que serve o resto? Para que servem esses nove bilhões de neurônios que não utilizamos? Acreditamos que estas células estão em nossos cérebros para serem utilizadas de acordo com a nossa vontade, ou quando precisamos aumentar nossa capacidade cerebral.

Quem usa mais o cérebro: um indivíduo que mal fala o seu idioma, ou um que fala dois ou três idiomas? Alguém capaz de fazer cálculos aritméticos de cabeça, ou aquele que não sabe nem somar dois mais dois? Quem sabe tocar um instrumento musical e cantarolar uma melodia, ou quem não tem ritmo nem capacidade para tocar? Um indivíduo capaz de

correr cinco quilômetros, ou um que não anda nem até a esquina sem ficar morto de cansado? Aquele que sabe ler, ou alguém incapaz de reconhecer as letras? Temos, portanto, uma reserva de potencial cerebral para utilizar de acordo com as nossas necessidades.

Um indivíduo com as qualidades acima descritas (e outras que poderíamos enumerar) seria nitidamente mais desenvolvido do que aqueles que não tiveram a chance de desenvolver seus potenciais cerebrais. Para que o processo de substituição das células mortas por células latentes no cérebro aconteça, é necessário estimular o cérebro com alta frequência, intensidade e duração. Isso acontece através das vias aferentes (sensoriais), responsáveis pelos nossos sentidos. Ao chegaram no cérebro, esses estímulos são processados pelas áreas cerebrais e mandados de volta ao ambiente através das vias eferentes (motoras), que são: mobilidade corporal, linguagem falada e linguagem escrita. Esse círculo forma um anel cibernético, que exemplificamos a seguir.

Receptores sensitivos

Os estímulos chegam ao sistema nervoso central através dos receptores sensitivos: receptor da pele, especializado em temperatura, pressão e dor; receptor visual, formado pelo globo ocular – íris, pupila e retina; receptor auditivo – pavilhão auditivo, sistema ósseo e membrana timpânica. O olfato e o paladar são pouco desenvolvidos nos seres humanos, mas podem ser aprimorados, como no caso dos provadores de vinho (enólogos).

Os sistemas de recepção, condução e interpretação funcionam em todos os sentidos. Veja como funciona, por exemplo, o sistema ocular: o olho opera como uma câmera de televisão, captando as imagens. Como toda captação de imagens, o fator primordial é a luz (intensidade luminosa). A pupila serve como um diafragma que controla, aumentando e diminuindo de tamanho, a intensidade do raio luminoso que chega até a câmara interna do olho. Mais precisamente, a retina fica situada na parte posterior do globo ocular, que é a estrutura inicial do sistema nervoso central. Na retina, num ponto chamado mácula, a imagem luminosa é transformada em impulso elétrico, que segue pelos nervos óticos até a região posterior do córtex cerebral, mais precisamente na região occipital. Essa é a região mais importante em termos de visão, e que no nível cortical funciona

como uma central codificadora do impulso elétrico, transformando-o em imagens que são interpretadas pelo próprio indivíduo. Por tudo isso, podemos dizer que enxergamos com o cérebro, e não com os olhos, que são apenas parte do sistema visual. O verdadeiro intérprete é o cérebro, e não o globo ocular.

Os problemas em qualquer um dos órgãos dos sentidos podem ser na recepção, condução ou mesmo na central de interpretação. Se o problema do seu filho é no receptor, o trabalho fica por conta dos especialistas em visão, audição etc.; se for, porém, na transmissão ou na interpretação, a área é do técnico em desenvolvimento do cérebro.

Terceiro mês de gravidez

O sistema nervoso central é uma estrutura formada pelo córtex cerebral, mesencéfalo (cerebelo – onde estão localizados os núcleos de base), ventrículos cerebrais e hipotálamo. Mais abaixo, temos a ponte, onde se situam as funções mais primitivas; e mais abaixo, há o bulbo e a medula espinhal. Todos esses órgãos já nascem conosco (estão formados no terceiro mês de vida intrauterina), embora não funcionem quando nascemos por causa da ausência da bainha de mielina. Por ela é que vão passar os estímulos nervosos, e seu processo, a mielinização do sistema nervoso central, irá ocorrer diretamente associado aos estímulos transmitidos pelo meio ambiente. Esse processo só se completa lá pelos 7, 8 ou 9 anos de idade.

O cérebro, portanto, está pronto para funcionar a partir do terceiro mês de vida intrauterina. Como todo o resto do corpo humano, é originário de uma única célula, que se multiplica de forma impressionante a cada minuto da gravidez. Surgem cerca de 250 mil novas células cerebrais por minuto no primeiro trimestre da gestação.

Dominância hemisférica

Como já foi dito, nosso cérebro é dividido em dois hemisférios: o direito e o esquerdo. Por isso, podemos falar em *dois cérebros*. Dominância

hemisférica significa que um dos *dois cérebros* domina as atividades e funções de nosso organismo. O outro hemisfério funciona apenas como um *vice*. Se os dois trabalhassem ao mesmo tempo, haveria uma confusão generalizada. Por isso, a criança ou o adulto que não tem uma dominância estabelecida vive em estado de caos.

Sabemos se há ou não dominância hemisférica observando se estão do mesmo lado o ouvido que mais ouve, a perna mais usada, a mão que escreve e o olho que melhor vê. Se dermos a uma criança um canudo, o olho que ela usar para ver pelo buraco é o principal; se lhe pedirmos para ouvir o tic-tac de um relógio, o ouvido escolhido é o dominante. E o incrível nesses testes é observar que a maioria das pessoas não tem dominância definida. Usam mais, por exemplo, a mão direita e o ouvido esquerdo. Alguns usam os dois lados para tudo, gerando descoordenação e dificuldade nos estudos, gagueira, distúrbios emocionais etc.

O mais importante, porém, é que não se deve interferir na dominância. O cérebro é quem deve decidir qual a mão que irá escrever, o ouvido, o olho e tudo o mais. Antigamente, se forçava a criança a ser destra. Todos tinham que escrever com a mão direita. Chegavam mesmo a amarrar a mão esquerda para que só a destra fosse usada. Assim se criavam distúrbios de aprendizado, emocionais e da palavra.

A fratura ou perda de um braço dominante obriga o indivíduo a usar o outro, atuando sobre a dominância hemisférica, o que pode gerar distúrbios seríssimos. Quando falamos em dominância hemisférica, tocamos em vários tabus relativos ao aprendizado e à vida emocional. Já vi criança que tinha tudo de um lado e o olho de outro. A dificuldade de aprendizado dessa criança era incrível. Fizemos uma oclusão e passamos aquele olho para o outro lado. O resultado foi como uma mágica, uma maravilha. Passou quase imediatamente de pior para melhor aluno da classe. E o que fizemos? Organizamos essa criança neurologicamente.

Crianças com problemas de aprendizado inseridas nos programas de nossos Institutos geralmente levam de oito a dezoito meses para voltarem a sua rotina escolar, e não só no mesmo nível de sua antiga turma, mas em muitos casos superando os colegas. Normalmente essas crianças são estigmatizadas como crianças que *nunca vão aprender*. Velhos tabus criados pelas terapias tradicionais que precisam ser derrubados para que essas crianças tenham chance de viver.

Como o resultado tem sido bastante expressivo, algumas Secretarias Estaduais de Educação começam a implementar os nossos métodos na rede regular de ensino, inclusive com treinamento para professores. São crianças que já passaram dois, três anos na primeira série e não conseguiram aprender. No entanto, depois de oito meses de programação, com a consequente organização neurológica, estão aptas a estudar e passar de ano. Essa programação visa definir a dominância hemisférica. Infelizmente, as terapias tradicionais não priorizam isso, e muitas crianças são lançadas no escuro de seu próprio corpo.

A INTELIGÊNCIA

Até um tempo atrás, via-se a inteligência como uma coisa estática: quem era inteligente, tinha nascido inteligente. Até hoje existem aqueles que pensam que filhos de pais inteligentes serão inteligentes, e vice-versa.

Mesmo em esferas tidas como de alto nível esse pensamento subsiste. Há poucos anos, um cientista de renome, que recebera inclusive o Prêmio Nobel, resolveu levar essa ideia a cabo e organizou um banco de sêmen, com material recolhido de ganhadores do Prêmio Nobel, visando fecundar mulheres igualmente inteligentes.

Para nós, no entanto, tudo isso é pura ficção. Tratando-se de cavalos, bois ou outros animais, tudo bem. Mas, em termos de seres humanos, é uma grande besteira. Chega mesmo a ser incrível que alguém possa pensar dessa maneira. Glenn Doman diz que inteligência é algo vivo, em movimento, e que pode mudar. Em suma, inteligência não é um dom: é o produto de todas as funções cerebrais.

O que é inteligência

Quando nasce, o ser humano tem cerca de 1.600 gramas de cérebro no topo de sua cabeça. Esse pouco mais de quilo e meio é responsável por tudo o que somos. Devido ao trabalho dos Institutos da Filadélfia, tenho o privilégio de estar constantemente em contato com cientistas da Nasa. Um de seus projetos tem o objetivo de captar formas de inteligência

extraterrestres. Para isso, centenas de telescópios e antenas rastreiam o espaço, pois qualquer forma de expressão é uma forma de inteligência. Enxergar, por exemplo, é uma função inteligente. Ouvir uma ou diversas línguas e entendê-las é uma função extremamente inteligente. Até a locomoção, o movimento dos corpos, dos dedos, tudo isso é inteligência. Tudo o que nós, seres humanos, fazemos, é expressão de nossa inteligência.

Vocês podem ver que nossa concepção de inteligência é bem ampla. Consideramos inteligência um conceito bem mais abrangente do que a capacidade de se relacionar com o meio ambiente e resolver os problemas oriundos desse relacionamento. No fundo, temos que perguntar antes de mais nada: o que é a inteligência? Para entender a questão e dar uma boa resposta a esta pergunta, é necessário compreender as diversas etapas do processo intelectual.

Memória

A primeira etapa é a capacidade de receber informações através dos órgãos dos sentidos. De nada adianta, porém, ser capaz de receber informações e não memorizá-las. Daí, termos vários tipos de memória: visual, auditiva, gustativa, tátil e olfativa. A memória (capacidade de reter as informações no cérebro) trabalha diretamente ligada aos órgãos dos sentidos. O ideal, para se guardar bem uma informação, é gravá-la áudio e visualmente. Se o indivíduo guarda também o cheiro ou o sabor da informação, melhor ainda.

Quanto mais se memorizar as informações, mais capacidade haverá para que a terceira etapa do processo de inteligência aconteça. Essa terceira etapa consiste na capacidade de relembrar fatos memorizados. Assim, a primeira fase consiste em receber as informações; a segunda, em retê-las na memória; e a terceira, em relembrá-las.

A maneira como o cérebro armazena as informações é igualmente incrível. Glenn Doman costuma dizer que o cérebro é o único lugar onde quanto mais coisas se colocam, mais espaço há para colocar. Como aqueles copos mágicos que nunca transbordam, por mais que se coloque água. O cérebro funciona desta maneira. E como isso acontece?

As informações são guardadas em blocos. O cérebro associa umas às outras. Se, por exemplo, damos um passeio em determinado dia e, nesse passeio há uma comida cheirosa e um intenso perfume de flores. Numa outra ocasião, num contexto totalmente diferente, ao sentirmos o cheiro de flores iguais àquelas, ou da mesma comida, um verdadeiro filme passa em nossa cabeça.

Outras vezes é um som, uma música que ficou gravada, que, quando ouvida novamente, traz toda a emoção de volta. Tudo pode ser armazenado pelo cérebro humano, abrindo comportas para uma série de informações retidas. Nossa memória relaciona fatos com uma ou mais coisas. Em todo caso, quanto mais informações possuímos sobre determinado assunto, mais fácil é guardá-lo na memória.

Aprendizado

Meninos e meninas, portanto, nascem para serem inteligentes. E quanto mais cedo começarem a ser estimuladas, melhor. Nossa premissa básica é: o aprendizado está na razão inversa da idade, ou seja, mais inteligente do que uma criança de 6 anos, só uma de 5; mais que uma de 5, só uma de 4; e assim por diante. Basicamente, a inteligência é desenvolvida até os 6 anos; são os anos de aprendizado.

Aprendizado é um fenômeno neurológico, e vai do nascimento aos 6 anos, mais ou menos. Dizer que se trata de um fenômeno neurológico, quer dizer que o aprendizado se dá pelo sistema nervoso central. É uma função cerebral. Dependendo de sua estrutura nervosa, o indivíduo terá maior ou menor capacidade de percepção. Como consequência, seu aprendizado será igualmente maior ou menor.

Para deixar isso claro, posso dizer que tudo que entra pelos órgãos dos sentidos é aprendizado. Logo, quem tem uma visão bem desenvolvida, por exemplo, terá mais percepção visual e aprenderá mais. Da mesma forma com cada um dos órgãos dos sentidos. Nada mais importante, portanto, do que a criança desenvolver bem o seu sistema nervoso central nos primeiros seis anos. Além do desenvolvimento de sua estrutura sensorial, outros fatores são importantes para isso: boa alimentação, acompanhamento clínico etc.

Por isso dizemos que uma criança que ouve boa música desde cedo tem melhores condições de desenvolver um ouvido musical do que aquela que nunca ouviu um som mais sofisticado. A percepção auditiva dessa pessoa estará prejudicada, se comparada com a que ouve música desde cedo. Para se desenvolver isso, basta ter a oportunidade de ouvir boa música. O mesmo se dá com a visão. Quem tem a oportunidade de ver bastante coisa estará, igualmente, mais capacitado para ver do que aquele criado em ambientes de penumbra.

Na verdade, uma criança que receba poucas informações terá um mundo limitado, com poucas cores, poucos sons, além de quase nenhuma transformação. O mesmo com o tato, o olfato e o paladar. E reparem que esse desenvolvimento (ou falta de desenvolvimento) nos primeiros seis anos de vida resultará em um ser humano mais ou menos sensível.

Último estágio do processo da inteligência

Voltando às etapas do processo intelectual, eu disse que a capacidade de relembrar os fatos armazenados no cérebro era a terceira etapa. A quarta fase é a capacidade de combinar os fatos memorizados, de rearranjá-los entre si. A quinta etapa é a capacidade de ver, de intuir, entre um fato e outro, um terceiro fato que não foi apresentado. Assim, por meio de dois fatos conhecidos, descobre-se um terceiro, desconhecido.

Esse é o último estágio do processo de inteligência, que faz com que o mundo se transforme, e que a ação do homem seja tão diferente da ação dos outros animais. Quando o primeiro homem surgiu, há uns 100 mil anos, era um ser completamente diferente de nós, vivendo num mundo que hoje nos seria absolutamente estranho. E com certeza o homem, a sociedade e o meio ambiente serão outros daqui a 100 mil anos.

O que torna essa constante mutação possível é exatamente este processo, em que se encadeiam fatos conhecidos para chegar ao desconhecido e à descoberta, fim último da inteligência humana. Esse aspecto vem se transmitido há milênios pelos seres humanos, de geração em geração. Assim, o gene transmitido por nós aos nossos filhos não é o gene da família Cerqueira, Ferreira ou Vêras. O gene que transmitimos é o gene da raça humana. É um processo de transmissão que se repete há muito tempo, provocando mutações de mil em mil anos, ou de dois em

dois mil anos. Para a história, o período de uma vida humana não é nada; para nós, porém, é tudo, e é dentro desse período de tempo que temos de trabalhar.

Se eu pedir a um grupo de pessoas para adivinhar o que estou pensando, será muito difícil alguém acertar. Se disser que estou pensando numa coisa relativa à Austrália, por exemplo, muitos dirão que penso em cangurus. E se eu disser que estou pensando em algo relativo a Lesoto, um pequeno país africano? Provavelmente ninguém dirá nada. Assim, é necessário ter informações para poder raciocinar. Nossa mente é como um computador: sem informações, não funciona.

Daí a importância, quando se quer desenvolver a inteligência de alguém, de dar a ele o maior número possível de fatos. E oferecer os fatos da forma mais honesta, clara e menos ambígua possível. Temos somente que dar a informação. O resto não se ensina. O cérebro sabe que precisa captar as informações, guardá-las, combiná-las e, por último, utilizá-las da melhor forma possível.

Não se deve ensinar o cérebro a raciocinar. Não é preciso nem mesmo ter qualquer preocupação nesse sentido. É importante, sobretudo, não dar tudo pronto ao cérebro para que ele não tenha muito trabalho. No mais, querer ensinar o cérebro a raciocinar é uma pretensão muito grande; do mesmo modo que ninguém precisa ensinar o pulmão a respirar, o rim a filtrar urina, ou o ouvido a ouvir. Nenhuma das funções precisa ser *ensinada*. Raciocinar é função do cérebro. O que devemos fazer é dar a ele o maior número de informações e oportunidades possíveis.

Potencial

Segundo Glenn Doman, o homem nasce com um potencial de inteligência maior do que o utilizado por qualquer gênio, mesmo o potencial de uma criança com lesão cerebral. Doman é uma das pessoas que mais luta no mundo para que esse potencial seja desenvolvido.

Mas o que os pais fazem para que esse potencial seja desenvolvido? Muito pouco; para ser realmente franco, não fazem nada. O que acontece quando a criança nasce? Arruma-se o quarto para a criança, um quarto colorido, com bercinho e, dependendo do nível econômico da família, com mais ou menos luxo. Todos estão preparados para receber o herdeiro. Os

pais julgam que ali está a continuação deles próprios, ficam felizes e comemoram o nascimento. Após os festejos, porém, cai-se na cruel rotina: alimentação, higiene, carinho. Ora, isso é muito pouco.

Com o potencial que possui, o ser humano deveria começar a ser estimulado ainda no período intrauterino. E isso é perfeitamente possível. Pesquisadores e cientistas já provaram que a criança se movimenta, ainda no útero, quando ouve a voz da mãe falando com ela. Depois que a criança nasce, a estimulação fica ainda mais fácil e dinâmica, atingindo todos os órgãos dos sentidos.

Muito pouco, no entanto, é feito para isso. No mundo todo, os pais são orientados a agir como se a criança nascesse programada. Como se, de tempos em tempos, o indivíduo comesse a realizar esta ou aquela função. Em nosso trabalho, certificamo-nos a cada dia, a cada minuto, de que não é assim que o ser humano funciona. Se estimularmos as funções visuais, auditivas, táteis, olfativas e gustativas, maior o processo de inteligência. Por outro lado, se as informações não chegarem ao cérebro na intensidade necessária, haverá necessariamente um retardamento no processo. Como já disse, uma criança que vive na semipenumbra terá seu desenvolvimento visual prejudicado. Se os pais mantiverem silêncio e pouco falarem perto dela, sua audição será afetada. Crianças constantemente agasalhadas, sem muito contraste entre calor e frio, terão menos sensibilidade térmica. Aquelas que só comem um tipo de alimento terão um aparelho gustativo menos desenvolvido, quando comparadas com meninos e meninas que comam diferentes alimentos. E assim por diante.

Dessa forma, esse desenvolvimento pode ser aumentado (estimulado), retardado (com pouca ou nenhuma informação sendo dada) e até paralisado por lesão ou por privação total dos sentidos (é o caso do indivíduo criado num quarto escuro, sem sons ou qualquer outro estímulo). Se nenhuma informação chegar a ele, seu desenvolvimento é paralisado.

Isso prova que a inteligência pode ser desenvolvida. Para ilustrar essa última hipótese, vou contar uma história ocorrida em 1990. Um dia, um menino com síndrome de Down apareceu em nossa clínica. Até aquele momento, a mãe o deixava com uma cadela todos os dias enquanto ia trabalhar. Pela manhã, colocava um potinho com comida para a cadela e outro para a criança.

Essa rotina durou muito tempo, começando logo nos primeiros meses de vida. Assim, a cadela passou a cuidar da criança. Dava comida, lambia, chegando a desenvolver bastante afeto pelo menino, como se fosse cria sua. E qual foi o resultado disso? A criança chegou a nós com uma boqueira semelhante a dos cães. Grunhia, como fazem esses animais. Era arredia como são os cães. Havia absorvido tudo da cadela. As informações lhe foram dadas pela cadela.

Essa criança serve exatamente como exemplo do que a fase do aprendizado significa, fase em que a criança é um espelho, um autêntico mata-borrão. Até os 5 anos, pelo menos, qualquer informação que chega até ela será absorvida avidamente. Daí o grau de importância e complexidade do aprendizado neurológico do ser humano. Todos os dados armazenados nesta fase entrarão em seu pensamento posterior.

Se dermos uma informação errada a uma criança, iremos fatalmente obter dela respostas erradas. Os dados que ela terá apreendido para servir de *programa* para seu raciocínio foram dados equivocados. Um cunhado que trabalha com computadores diz que ele não erra; erra quem coloca as informações lá dentro. Da mesma maneira, quando vejo alguém dizer que os problemas de educação são da criança, fico tão zangado quanto o meu cunhado. Criança não erra; erra quem dá informações a ela.

Se os pais colocarem informações certas e completas dentro de seus cérebros, obterão respostas certas e completas; se colocarem informações equivocadas ou incompletas, obterão respostas do mesmo teor; e se não colocarem nada, não obterão nada. Na área de informática, há uma expressão que significa bem o que estou dizendo: “Lixo para dentro, lixo para fora”. Os cinco ou seis primeiros anos de vida são, assim, muito importantes. É quando se está programando o *computador* de um ser humano.

O papel dos pais

Nesse período, a mãe não deve dar a ninguém o direito de assumir o seu papel. Afinal, os pais têm o direito de querer que seus filhos sejam parecidos com eles próprios. Se entregamos a criança para outra pessoa criar (ou cuidar durante todo o dia, como é rotina nas grandes cidades), ela fica parecida com quem a cria, absorve hábitos e até a aparência desta

pessoa. Nos seis primeiros anos, babás, creches, empregadas e vizinhas são péssimas companheiras. A criança acaba virando filha de quem a cria, e não de quem a gerou. Isso gera conflitos e corrói a relação familiar, atingindo mãe, pai e criança.

No livro *O macaco nu*, o dr. Desmond Moris afirma que o homem é um animal territorial. E nada pertence mais ao homem e seu território que seus próprios filhos, sua mulher, sua família. Para a família se tornar, realmente, a célula *mater* da sociedade, ela não pode viver de forma artificial. Estamos fabricando uma geração artificial: temos filhos, mas não criamos nossos filhos. As crianças não se parecem com seus pais. É bom que todos tenham consciência disso e sejam orientados para entenderem a importância do desenvolvimento de seus filhos, já a partir do primeiro dia de vida.

Não adianta falar em estimulação precoce ou pré-escolaridade. Tudo isso vai cair no vazio enquanto não se compreender que os pais é que devem se encarregar da educação, e não os educadores. Só os pais, bem orientados, têm condições de executar um programa de estimulação. Estimulação que, a meu ver, nada tem de precoce; vem na hora certa. Se pensarmos no ideal, talvez seja até mesmo uma estimulação tardia.

Massaru Ibuka, um dos fundadores da Sony Corporation, disse que o jardim de infância já vinha muito tarde. Ele defende a tese de que as crianças devem começar a aprender mais cedo. Já existe, pois, um nível de consciência sobre isso, embora ainda no nível teórico. Da prática, que é o que interessa, estamos longe. E por quê? Porque se tenta fazer isso pelo intermédio técnicos e educadores, quando temos a mão de obra mais especializada possível: os pais.

Além de serem mais baratos que os técnicos, os pais estão diretamente motivados para desenvolver seus filhos. Seu elo afetivo com eles ultrapassa as fronteiras da fala, e se estabelece, muitas vezes, de cérebro para cérebro. Os pais, além do mais, sabem a maneira certa de chegar até seus filhos, usando primordialmente o instinto. Nós, do Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, cremos nisso.

10% de inspiração e 90% de transpiração

Há ainda a conversa sobre talento. Muitos acham que gênio é alguém incomunicável, que não gosta de tomar banho, não penteia os cabelos. Alguém já disse, certa vez, que um gênio é feito de 10% de inspiração e 90% de transpiração, ou seja, não adianta ficar parado esperando que o talento aflore. É preciso muito trabalho.

Doman sempre diz que não há gênio. Gênio é apenas alguém que se destacou em determinada direção ou profissão. Tenho um amigo que sempre que alguém lhe pergunta “como vai”, ele retruca “comparando com quem?”. A questão do gênio é essa. Comparado com a grande maioria de pessoas pouco desenvolvidas que há no mundo, ele se sobressai como um ser de outro planeta, que ficou maluco de tanto estudar. Ele, no entanto, apenas desenvolveu mais o seu potencial, um potencial que todos temos e que gostaríamos de ver mais desenvolvido no homem comum. Quando isso acontecer, não existirão mais gênios, e sim uma raça inteligente. Afinal, o gênio não é alguém diferente. É apenas um de nós que se desenvolveu.

Como multiplicar a inteligência

Para multiplicar a inteligência, temos que desenvolver programas práticos. São coisas que realizadas espontaneamente, mas que os pais podem e devem ajudar a serem mais rápidas, desde que orientados e acompanhados. E como se multiplica uma inteligência? Como se forma uma inteligência? Acrescentando grupos de fatos ao cabedal do indivíduo. Vamos dar exemplos práticos.

Leitura

Temos em nosso Centro um programa específico para leitura, para a qual utilizamos cartazes escritos com palavras, de preferência com palavras “gostosas”, que têm valor sentimental para a criança, por exemplo, papai, mamãe; não é tão gostoso ouvir isso?

Essas palavras são escritas com letras vermelhas em cartazes brancos. Nesta etapa, trabalhamos com vinte a trinta palavras. Não devemos nunca apresentá-las todas de uma vez. Uma criança pequena não tem maturidade visual para isso.

A próxima etapa é apresentar as palavras em categorias, como as do quadro abaixo.

FAMÍLIA	ALIMENTOS
Papai	Carne
Mamãe	Banana
Vovó	Sopa
Irmão	Sorvete
Titia	Leite

É aqui que a criança começa a interpretação. Nesta etapa, é muito importante mostrar quantidades diversificadas de palavras. Quanto maior o número de palavras novas, maior o vocabulário. Continuamos aqui a manter o tamanho de letra grande (8 cm x 4 cm) e a cor vermelha, podendo depois passar para preto. As palavras novas vêm a partir das palavras gostosas apresentadas na primeira fase.

Muitas crianças não conseguem ler, ou não demonstram interesse devido principalmente ao tamanho das letras empregadas. Chega-se à conclusão de que a criança não sabe ler quando, na verdade, se as letras fossem maiores, ela provavelmente teria condições de aprender e se desenvolver.

Esse programa de leitura passa por várias etapas. No livro *Como ensinar seu filho a ler*, Glenn Doman explica isso muito bem. Primeiro, trabalhamos com palavras isoladas combinadas, frases, para depois elaborar as cartilhas. Essas serão feitas pela própria mãe, que deve procurar sempre assuntos que tenham a ver com o cotidiano da criança. Podemos fazer cartilhas sobre a família ou sobre a própria criança, tendo como título o nome dela.

Uma cartilha é feita com duas ou três frases. Numa folha grande, coloca-se a frase; na folha seguinte, a ilustração. É importante trabalhar com dimensões maiores e não colocar frase e ilustração na mesma página. É sempre bom colocar um título. O assunto também pode ser engraçado para a criança. Por exemplo: a mãe faz uma cartilha sobre o pai, e coloca-se a frase “papai é careca”. Pode-se fazer uma cartilha interessante com uma pergunta numa página e a resposta na outra.

Geralmente nosso programa de leitura leva no máximo seis meses para passar das palavras isoladas às cartilhas. São cinco minutos por dia. É isso que dura o programa de leitura. Cinco minutos por dia, durante seis meses. Pouco, não acham? Devemos apresentar, em média, quinze sessões de leitura por dia, e cada uma dessas sessões não deve passar de quinze segundos. Essa programação, no entanto, é variável, de acordo com cada criança em particular. Cada uma tem um nível de percepção, uma capacidade. Por isso é importante que alguém oriente a programação para determinar se é preciso ir mais rápido ou devagar. E quem é a melhor pessoa para saber se a criança deve ir mais ou menos rápido? A mãe.

Depois de conhecerem o programa, as mães são capazes de determinar a velocidade do aprendizado. O programa de leitura é um dos mais importantes, já que, para nós, leitura é função cerebral direta. Além do mais, tem a ver com a fala da criança. Em se tratando de crianças com lesão cerebral, nossa equipe trabalha a leitura como um programa de desenvolvimento da linguagem.

Muitas crianças não falam, não porque não tenham condições de falar, e sim porque não têm o que falar. Esse processo, deste modo, torna-se essencial. Estudamos em nossos Institutos quais seriam o vocabulário básico e o número de palavras necessárias para se falar. Afinal, ninguém precisa decorar o dicionário para dizer “bom dia”. Chegamos então a duzentas palavras. Esse é o número necessário para se desenvolver um programa de leitura. Não é um número mágico, é uma média.

Quando a criança olha para uma palavra escrita e já a reconhece, é porque adquiriu um padrão suficiente para descobrir outros vocábulos. Assim, a primeira etapa de nosso programa é simplesmente colocar informações em seu cérebro, sem a preocupação de saber se aquilo foi aprendido ou não. Pretendemos apenas colocar a criança em contato com a informação. Só numa segunda etapa é que começaremos a buscar a associação dessas informações. Assim, passamos às frases, que devem utilizar palavras novas que vão sendo introduzidas em seu pequeno vocabulário. Numa terceira fase, vamos para a cartilha e, finalmente, os livros.

Nessa fase, vamos tentar fazer com que a criança aprenda a gostar de ler, enquanto desenvolvemos seu processo de leitura. Já foi verificado que, quanto mais cedo se inicia o programa, maior é o interesse da criança pelas letras e livros. Como todos os outros programas utilizados pelo

Centro Nossa Senhora da Glória, esse também prioriza a descoberta. A criança descobre que, por meio da leitura, pode aprender muita coisa.

Some-se a isso o fato de as crianças pequenas saberem (bem mais que os adultos) que precisam aprender. E o quanto antes, melhor. Aprender é instrumento de sobrevivência. Não há qualquer preconceito nas crianças menores (como há em crianças maiores) em aprender. Nascem ávidas por informações. Por isso temos crianças com lesão cerebral, com síndrome de Down, lendo aos dois anos, um ano, ou mesmo meses.

O exercício da leitura e de qualquer outra função cerebral faz com que o cérebro cresça. O cérebro humano cresce pelo uso, do mesmo modo que os músculos. Nossos programas são uma espécie de musculação para o cérebro, guardadas as devidas proporções. E o cérebro cresce tanto em tamanho como em peso. E, como nos esportes, usar mal o cérebro pode danificá-lo, como danifica um músculo aquele que o usa mal. Ficar estudando até tarde, comendo e dormindo mal, ingerindo estimulantes para aguentar o ritmo, é um bom exemplo de como o cérebro pode ser destruído. Não foi o estudo, neste caso, que fez mal; foi o resto.

Matemática

Outro programa que utilizamos em nosso Centro é o de matemática.

Utilizamos cartazes grandes (28 cm x 28 cm), onde são desenhadas bolinhas vermelhas. São os pontos matemáticos. Na verdade, tudo no universo se reduz à célula, ao ponto, à unidade.

Com um ponto, representamos a quantidade um; com dois, a quantidade dois; e assim por diante. Vamos até cem pontos, e mostramos isso para a criança da mesma forma que fizemos com o programa de leitura. Os Institutos da Filadélfia trabalham com kits, havendo o kit de leitura e o de matemática, com os cartazes e tudo o mais.

Dessa forma, começa-se a dar noção das quantidades em pontos. Quando a criança já conhece e demonstra ter memorizado quantidades maiores, como vinte e dois, trinta e um, damos então a ela a ideia de soma e subtração. Multiplicar e dividir, na verdade, são apenas artifícios da soma e subtração. Tudo é soma e subtração. Mostramos a ela, então, os cartazes, um de cada vez:

ADIÇÃO	O	+	OO	=	OOO
	O		OO		OOO

A criança que visualiza isso entende matemática muito mais facilmente do que as outras. Eu próprio tive muitas dificuldades com matemática, pois os professores não sabiam explicar porque a soma tinha que ser feita da direita para a esquerda, e não o contrário. E isso porque a matemática é dada de forma abstrata para as crianças. Se dessem essa ciência de forma concreta como ela é, todos entenderiam.

Se os professores dissessem que 3×3 é o mesmo que três, três vezes, eu teria entendido bem mais rápido. Mas não, diziam que era assim porque era assim. Pessoas que entendem matemática concretamente têm uma outra visão desta ciência. Há tempos, nos Estados Unidos, uma equipe do governo americano colocou especialistas em matemática para ensinar o básico a crianças que não conseguiam aprender. Em pouco tempo, todos dominavam a matéria, que havia sido dada por pessoas que a entendiam e, sobretudo, a amavam.

Língua estrangeira

Um terceiro programa utilizado é o de língua estrangeira. É um programa muito fácil. Basta ouvir a língua estrangeira. Toda criança criada em país onde se fala mais de uma língua aprende as duas, ou até três. Na Europa, isso é muito comum, já que países muito próximos falam línguas distintas. E ninguém vai a cursos ou cursinhos. Simplesmente se ouve e se aprende. Além do mais, nos primeiros dois anos de vida, aprendemos no mínimo um idioma estrangeiro: o nosso.

A criança desenvolve a linguagem por meio daquilo que ouve. Quanto mais ela ouve, melhor fala. Se ouve bem, e ouve bastante, também desenvolve e fala bastante; se nada ouve, nada fala. Não pense que a criança vai misturar os dois ou três idiomas com os quais convive. Ela saberá muito bem discernir entre os três. Se o pai ou a mãe fala um idioma diferente do nativo, devem falar em casa sempre o idioma estrangeiro.

Enciclopédia

Temos também, em nossos Institutos, um programa de conhecimentos enciclopédicos para dar à criança informações sobre vários assuntos. Falamos sobre escritores, personagens de nossa história e pessoas de destaque na medicina, literatura, música, poesia etc. Trabalhamos com o que chamamos de *pedaços de inteligência*, pequenos dados (informações) que são colocados em cartazes, como na matemática.

Colocamos uma foto ou figura representativa do assunto e, no verso, o nome, podendo ser o vulgar ou científico, dependendo do assunto. Por exemplo: na frente, a bandeira do nosso país, e nas costas, a palavra Brasil; ou peixes, mamíferos, plantas etc. As informações selecionadas devem ter clareza, honestidade e total ausência de ambiguidade. Quanto mais detalhes sobre a informação houver, melhor. Se a ilustração for colorida, melhor ainda. Se uma fotografia doméstica tirada na casa onde a criança vive, ótimo. Não podemos fazer uma caricatura e dizer que aquilo é o indivíduo ou o animal, o país ou o que seja. Não se pode escrever “rato” e mostrar uma fotografia de um coelho entre árvores e brinquedos. Isso está errado, é ambíguo. A criança pode associar a informação com a figura árvore. Assim, mostramos apenas um rato quando quisermos ensinar sobre esse animal.

O programa mostra de cinco a dez conhecimentos enciclopédicos de cada vez, agrupados por categorias. Para algumas pessoas, uma vez basta para que o *pedaço de inteligência* seja memorizado; para outras, não. Costumamos então mostrar quinze vezes. Uma sessão com cinco a dez informações demora normalmente trinta segundos. Assim, se mostrarmos uma informação três vezes ao dia, durante cinco dias, teremos completado essas quinze vezes. Nesse ponto, teremos quase certeza de que a informação foi armazenada em seu cérebro.

Música

Outro programa desenvolvido por nossos Institutos é o de música, que nada mais é do que o programa de leitura, já que música é leitura. A matemática idem, pois também é uma linguagem, um idioma.

Nosso programa segue as orientações do professor Suzuki, do Japão, que estava em plena atividade em 1990, com 82 anos, e faleceu em 1998. O método do professor Suzuki é por ele chamado de “nutrido pelo amor”, já que considera a música uma linguagem universal. Seu sonho é que os homens consigam cada vez mais se comunicar pela música. Ele coloca desde cedo música para crianças ouvirem, todos os tipos de música. Da mesma forma que se aprende um idioma estrangeiro, se aprende a gostar de música e a conhecer música, discriminando ritmos e melodias.

Depois de sensibilizar a criança para ouvir e gostar, o professor Suzuki começa a ensiná-la a fazer música. Para ele, a música une os povos. As crianças, com as frases musicais memorizadas, começam a tentar repetir aquilo que ouviram, como fazem com as palavras. Essa programação do professor japonês está sendo cada vez mais utilizada em nosso trabalho com crianças com lesão cerebral.

Excelência física

O último programa é o de excelência física, que será apresentado mais adiante no capítulo que trata de estimulação motora (p. 93).

Desenvolvimento máximo das potencialidades humanas

Nossas programações são todas voltadas para o desenvolvimento máximo das potencialidades humanas. Existem muitas crianças e adultos que se destacam nessa ou naquela área. O sonho é fazer com que as pessoas desenvolvam tudo ao mesmo tempo. O que nos leva a isso é a constatação, exaustivamente repetida aqui, de que o homem nasce com um potencial de inteligência maior que o usado por qualquer gênio da humanidade. Muitas vezes, as crianças são tratadas como imbecis e todo esse potencial é jogado fora.

CONVULSÕES E ANTICONVULSIVANTES

Não existe remédio para o cérebro. Os conhecidos *remédios para a cabeça* simplesmente não existem. A farmácia está cheia deles: Fenobarbital, Carbamazepina, Lamotrigina, Hidantoína, Clonazepan, Diazepam e por aí vai, que a lista é longa. Eu poderia encher uma página inteira com nomes de remédios assim, remédios que não existem. Mas vamos explicar isso melhor.

Convulsões

Muitos pais chegam a nós com seus filhos tomando dois, três medicamentos diferentes para evitar as convulsões. Em muitos casos, esses remédios são tomados para prevenir o que nunca aconteceu. No Centro Nossa Senhora da Glória, várias crianças chegam ingerindo remédios para evitar uma convulsão que nunca tiveram. E isso é muito perigoso, dada a natureza desses remédios e o mal que causam.

As convulsões, no entanto, sempre foram uma constante em nossos pacientes. Das crianças em estudo, 55% tinham convulsões ativamente quando chegaram ao Centro. Os outros 45% já tinham tido, mas deixaram de ter antes de chegar por aqui. Desses, a maioria deixou de tê-las espontaneamente, sem tomar nenhum tipo de medicação anticonvulsivante. Das crianças que iniciaram o tratamento e continuaram a ter convulsões, 80% usavam medicação anticonvulsivante. Isso evidencia que as convulsões não foram resolvidas pela medicação.

À medida que acompanhávamos a evolução das crianças que utilizavam drogas anticonvulsivantes, sua ineficácia ficava mais evidente. Chegamos à conclusão de que esses anticonvulsivantes não servem para esta função, pois não controlam nem curam convulsões.

Tudo começa geralmente com uma coisa chamada disritmia. O indivíduo tem uma dor de cabeça, uma convulsão ou um problema neurológico qualquer. Alguém o encaminha a um neurologista, que pede, antes de qualquer outra coisa, um eletroencefalograma. Se esse eletro tiver alguma alteração no ritmo (disritmia), o indivíduo passará a tomar um desses remédios.

Se vocês perguntarem ao neurologista por quanto tempo o paciente terá que tomar a droga receitada, a resposta será um evasivo “vai tomando...”; se insistirem, ele pode chegar mais próximo da verdade e dizer que vão

tomar para sempre. É um remédio para toda a vida. Se o indivíduo estiver tomando uma droga e sofrer uma crise convulsiva, o neurologista aumenta a dose; e se mesmo com uma dose mais forte tiver outra crise, o médico associa outro medicamento ao que já vinha tomando, chegando, numa progressão exagerada, a receitar três medicamentos, ou mesmo quatro, como já tive a oportunidade de assistir.

Mesmo assim, cercada de todo esse exagero, a criança continua tendo crises. Ao mesmo tempo, devido aos medicamentos, começa a perder a capacidade de falar, andar, enxergar, ouvir etc. Inversa ou perversamente, os médicos dizem que esses problemas são devidos à doença, em vez de reconhecerem que são os medicamentos que fazem isso. “Foram as crises que causaram tudo”, dizem.

Crise convulsiva, no entanto, não mata ninguém. Crise convulsiva, ao contrário do que se diz, não aumenta lesão cerebral. É apenas um sintoma de que algo vai mal dentro do cérebro. Quando o cérebro sente que alguma coisa está ruim, e isso vai chegando a níveis perigosos, provoca esse *curto circuito*, chamado de convulsão, para se proteger. Assim, todo o *circuito* é desligado, como se fosse um fusível que queima devido a um *curto*, protegendo assim todo o sistema.

Quando se tem uma infecção no organismo, vem a febre. Isso nada mais é do que uma reação do próprio corpo para combater a infecção. Quando comemos alguma coisa estragada, logo vem o vômito, a necessidade do corpo de botar aquilo para fora. Para nós, a convulsão é um mecanismo de defesa, e não deve ser combatida a qualquer preço. Ela não aumenta nem cria lesão, é antes um sintoma de lesão, ou seja, de algum problema cerebral. E quando o cérebro se vê frente a essa situação entra em curto (ou em alteração de voltagem), desligando tudo para não queimar. Só um circuito é atingido e, dependendo de qual seja esse circuito, a crise pode ser deste ou daquele tipo.

Existem crianças que só piscam os olhos e tiveram uma crise convulsiva; outras repuxam o braço e piscam os olhos. Aquilo que se chama de *sustinho* nada mais é do que uma crise convulsiva. Às vezes, estamos falando com uma criança e ela fica fora do ar por alguns instantes. Isso foi uma crise. Outras vão andando e têm a crise, só que, ao cair no chão, já voltaram a si, e ninguém se dá conta do que houve. Mas tudo bem, nada demais. Demais são os remédios que se receitam àqueles que têm crises mais fortes.

Crianças que caem muito, sem motivo aparente, podem estar tendo um tipo de convulsão. E também aquelas que começam a vomitar, vomitar, e não param. Outras sentem dor de cabeça, e tudo não passa de uma crise. Alguns tipos de crises convulsivas, todos temos. Querem ver? O bocejo. Bocejar é provocar um tipo de crise convulsiva para aumentar o nível de oxigênio no cérebro quando nossa atenção está caindo.

Esse é o ponto. Para nós, a convulsão é resultado da diminuição do nível de oxigênio no cérebro. Diminui a quantidade de oxigênio nas células cerebrais, que precisam muito dele, senão elas morrem. Nossos neurônios são ávidos por oxigênio. O cérebro pesa somente 1.600 gramas, às vezes um pouco mais, e fica, no entanto, com 50% do ar que respiramos. Todas as outras células do corpo sobrevivem com a outra metade.

Quando se tira um peixe de dentro d'água, ele começa a abrir a boca em crise convulsiva. Os movimentos que faz antes de morrer nada mais são do que uma crise, ou seja, uma tentativa de sobreviver, um sinal de que não está conseguindo respirar. Para nós, portanto, convulsão não é um bicho de sete cabeças. É apenas um sinal de que algo vai mal naquele cérebro. Um mecanismo de defesa que, repito, não deve ser combatido a qualquer preço.

Anticonvulsivantes

E não são esses medicamentos pseudoanticonvulsivantes que resolvem o problema. Eles são mais nocivos que a própria crise. Já vi muita criança (e digo isso sem medo de errar) ter problemas sérios por causa desses medicamentos. Em hospitais, crianças tomam Diazepam e têm parada cardíaca. Eu sempre digo que Diazepam causa parada cardíaca.

A criança entra em crise. É levada para o hospital. Lá injetam Diazepam 10 mg e esperam. Se não melhorar, mais uma dose. Não respeitam peso nem idade. A receita é essa: Diazepam 10 mg. E vão dando Diazepam sem a menor preocupação, sem qualquer critério, sem coisa nenhuma. Aí o paciente tem uma parada cardíaca. O médico diz então que ele morreu por causa da crise. Bobagem: morreu por causa do Diazepam; droga é tudo a mesma coisa. O diabo tem muitos nomes.

Hipócrates, o pai da Medicina, há mais de dois mil anos dizia que convulsão é sintoma de lesão cerebral. O que deve ser combatido é o tumor cerebral, causa de tudo, e não a convulsão. Não adianta querer combater a crise. Há que se combater o tumor. Se alguém tem meningite, com uma febre de 40°C, é inútil combater a febre. Tem que brigar é com a meningite. Convulsão é sintoma e não causa.

Muito preconceito, porém, cerca a convulsão. Praticamente ela é tida como coisa do demônio. Antigamente (e esse antigamente não está muito distante) era realmente tida como coisa do diabo. “Não toca na baba, senão pega em você”, diziam. Na Idade Média, aqueles que tinham crises convulsivas eram considerados endemoninhados. A ordem era não chegar perto. Convulsão, no entanto, é apenas um sintoma.

Tudo o que afirmamos neste livro é nossa visão. Dos portões de nossas clínicas para fora, tudo isso é tido como heresia, como besteira. Eu próprio não gostaria de estar na pele dos pais, tendo que escolher entre o tratamento convencional e o nosso. É uma opção violenta. Se a criança fizer alguma convulsão, logo o neurologista vai dizer: “Viu, foi ouvir aquele louco e cortar os remédios, olha só no que deu”. Mas eles se esquecem de que eu posso dizer a mesma coisa no caso inverso: “Viu, foi ouvir o neurologista e continua dando os medicamentos, agora está aí: crise do mesmo jeito”. E, neste caso, a criança fica cada vez pior, podendo perder as funções e a capacidade de aprender.

Uma coisa é certa: perguntem ao neurologista do filho de vocês, ou a qualquer outro, se esse remédio é para resolver a crise. Se ele disser que é, não sabe o que está falando. Na maioria dos casos, porém, eles próprios reconhecem que é apenas para tentar controlar, ou seja, resolver mesmo não resolve. E ficam tentando controlar a vida toda, inutilmente, dando veneno para a criança ou o adulto.

Basta olhar o efeito colateral desses medicamentos para ver do que se trata. E isso não pode ser discutido, pois os fabricantes não iam ser loucos de escrever pontos negativos do que estão vendendo, se isso não fosse absolutamente verdadeiro. Se, além de fazer tanto mal, o indivíduo toma e continua tendo crise, então não vejo sentido algum nesses medicamentos. São remédios que simplesmente não existem.

Outro ponto é aquele relativo às síndromes. Existem várias: síndrome de West, de Down etc. Síndrome, na verdade, nada mais é do que um conjunto de sintomas e sinais que o médico identifica e dá nome. Quando

não há nenhum nome para aquele conjunto de sinais, ele fica muito chateado e dá o seu próprio, galgando o status de *descobridor* de uma nova síndrome.

Geralmente, faz-se uma série de exames e diz-se no final: “Essa é uma síndrome muito rara. Só um garoto na Polinésia e dois na Sibéria tiveram esses mesmos sintomas e sinais”. Pode ser até síndrome de qualquer coisa. Não interessa. Dá-se um nome e tudo está resolvido. Já se sabe o que é, embora não se saiba como resolver o problema. No fundo, não se sabe é nada.

Quando o indivíduo tem crise subintrante, que é um tipo de crise ininterrupta, com a pessoa saindo de uma e entrando imediatamente em outra, ou então tem paralisia cerebral, com um comprometimento muito grave para as partes motoras do organismo, dizem que está com síndrome de West. Também as partes sensoriais podem ser atingidas, e então se dá um medicamento.

Outro dia, estava em moda o ACTH. Um pai me contou que o ACTH brasileiro não servia; tinha que vir de fora. Puro modismo. Ciência e medicina passam longe. Existem também medicações para a síndrome de Down, como Ulteplex e outros. Uns dão célula de carneiro preto, injetando vacinas nas crianças com essa síndrome durante vinte e um dias. Há toda uma floresta de mistificações em torno disso. Ciência e medicina, como disse, passam longe.

O que estou tentando dizer é basicamente o seguinte: o que os médicos dizem, no caso de um indivíduo com crises subintrantes, é que elas podem levá-lo à morte. Ele sai de uma e entra em outra, e os intervalos vão diminuindo. Considera-se que é imperioso fazer alguma coisa. Como se tenta de tudo e a crise não para, a solução é usar a cortisona. Esta, no meu entender, exige funções muito definidas, sendo aconselhável em pouquíssimos casos.

Esses remédios é que matam, levam o indivíduo à morte. O que fazem a cortisona, o ACTH? Distendem o cérebro. Trata-se de uma tentativa de mudar o panorama lá de dentro. E uma tentativa no escuro, um tiro no escuro. Não há nada claro nisso. Por vezes, temporariamente, os remédios conseguem sustar as crises. Logo em seguida, porém, elas voltam, e o preço a pagar pelos remédios ingeridos será muito alto.

O que eu constato no dia a dia em meu contato com crianças com lesão cerebral é que, tomem ou não remédios, elas têm crise. Se tiver que ter

uma crise, a criança tem, tomando ou não os medicamentos pseudoanticonvulsivantes. Em nossa clínica, não receitamos remédios.

É claro que se alguém tem uma infecção, tem de tomar antibióticos. Deve-se tomar o remédio adequado para esta ou aquela esfera de problema. Que não se pense que somos contra os remédios. Somos, sim, contra remédios que não fazem efeito e, além disso (como se isso fosse pouco), destroem o indivíduo. É contra isso que nos insurgimos. Remédios, no entanto, devem ser tomados quando necessários.

Se vocês acham absurdo alguém tomar remédio que não faz efeito, faz mal e muitas vezes é dado para evitar algo que o paciente nunca teve, então estamos de pleno acordo. Já me contaram coisas inacreditáveis, como um neurologista que pegou um eletro e disse: “Com um eletro desses, você tem que ter crise. Não é possível que não tenha”. Só faltam obrigar a pessoa a ter a crise para dar credibilidade ao seu manual de instruções.

Há ainda o caso da mãe que levou ao médico, junto com o filho que tinha problemas, um outro que não tinha. Chegando lá, pediu um eletro também para o filho a fim de ver como estava tudo. Aí se descobre que o menino que não tinha nada, na verdade, apresentava um problema até maior do que o outro. Enquanto isso, muitas crianças com problemas têm um eletro considerado normal. Não é mentira. Eu já vi isso muitas vezes.

Se a mãe pega aquele eletro e leva a um neurologista, é para ele um prato bem servido. Nós chamamos isso de *cuidar do papel*. Trata-se do exame, e não do indivíduo. Se uma pessoa nunca sentiu nem teve nada, só porque um papel diz que ele tem não é motivo para a entupirmos de medicamentos, principalmente medicamentos como esses.

Todo médico consciente sabe que a clínica é soberana sobre o exame. Este dá um referencial importante, mas não é soberano. Soberano é o exame clínico. Crianças fazem eletro todo mês, de quinze em quinze dias, uma vez por semana e por aí afora. Chegam aqui com quilos de eletro, embora seja muito difícil um eletro mudar.

O que fazer

Mas quando um indivíduo tem uma crise, o que se deve fazer? A primeira coisa é colocá-lo no chão. Todo lugar tem chão, até avião. Coloca-se ele

ali, de barriga para baixo. De barriga para cima é muito perigoso, pois com a salivagem ele pode morrer asfixiado, afogado na própria saliva. Vi inúmeros casos assim. Já disse isso a mães que não me deram ouvidos e depois perderam seus filhos.

Outra coisa: como o indivíduo perde a noção, é bom ver se não há nada pontiagudo que possa feri-lo. Não se deve oferecer resistência a nenhum movimento que ele faça. Às vezes, durante um espasmo, a criança ao esticar o braço ou a perna ganha uma força descomunal. Se alguém fizer força em direção contrária, pode produzir fratura ou distensão. Também é importante afrouxar a roupa para que a pessoa respire melhor e tenha mais liberdade de movimentos.

Vira e mexe alguém levanta a famosa lebre: “E se enrolar a língua?”. Para logo responder: “Tem que enfiar o dedo”. Aí perguntamos como é que se enfia o dedo na boca de alguém que está tendo uma convulsão. A pessoa não sabe nunca explicar. Nem médicos sabem dizer como se faz, pois a pessoa às vezes tem um trismo de maxilar tão forte, que não há quem abra a sua boca. Os dentes trincam completamente.

Além do mais, a crise geralmente passa em trinta ou quarenta segundos, ou menos. É só botá-lo no chão, afrouxar a roupa e, da mesma forma que entrou, ele sai da crise. Muitos médicos preferem os medicamentos, não revelando aos pais que eles criam dependência. A criança fica dependente, como qualquer viciado. E esses medicamentos são realmente tóxicos.

O Fenobarbital, por exemplo, é um barbitúrico, que é combatido pela polícia porque destrói o cérebro normal. Mas se dá para crianças com problemas no cérebro. Que efeito isso pode ter? Responda você mesmo. Depois de algum tempo, é muito difícil tirar os medicamentos. Aliás, remédio é uma palavra que não se aplica a essas substâncias. São tóxicos. Dopam. Deprimem o sistema nervoso.

A solução, para nós, é o controle fisiológico das convulsões, seguindo o seguinte programa: em primeiro lugar, desintoxicações. Para tal, reduzimos gradativamente os pseudoanticonvulsivantes e acompanhamos tudo passo a passo. Não temos nenhuma mágica. Vamos realizando nossa programação e desintoxicando lentamente a criança, a essa altura dependente dos medicamentos.

Alguns remédios desse tipo são piores do que outros, e chegamos mesmo a torcer por alguns e contra outros, embora todos sejam nocivos e

injustificáveis. Carbamazepina e Fenitoína, por exemplo, não deviam nem ser fabricados porque criam crise convulsiva, geram a crise, e quem nunca teve passa a ter.

Os barbitúricos são violentíssimos. A polícia prende qualquer jovem que ande com eles. São comumente chamados de *bolinhas*. Só não há mais controle sobre isso porque os médicos receitam. E não se pode combater aquilo que os médicos acham que é bom. Mesmo assim, só três ou quatro vidros podem ser receitados de cada vez, num bloco especial, cujas cópias vão para o Serviço de Fiscalização da Medicina. Apesar disso, se eles acham que devem receitar, qual o leigo que vai reclamar?

Como dizemos que esses remédios não existem, que são nocivos para as crianças, que destroem o cérebro, dizem que somos loucos. E os neurologistas continuam receitando, numa tentativa louca de se impor à realidade, mesmo com anúncios feitos pelos órgãos que os próprios médicos julgam sérios internacionalmente informando sobre os males desses remédios (diminuem a inteligência, conforme confirmaram as pesquisas oficiais).

Já a epilepsia é tida como algo crônico. O epilético tem suas crises e pronto. Geralmente, são crises cíclicas, periódicas. Porém a natureza das crises é a mesma. As crises são iguais. Nossas crianças só não têm o *controle* que os epiléticos têm. Elas podem ter uma convulsão gerada por febre alta, e depois nunca mais terem convulsão. O epilético terá sempre.

Mas a maioria dos indivíduos que tem crise convulsiva não tem febre, não tem nada. Antigamente, acreditava-se que a crise era sempre fruto de uma temperatura elevada. Hoje, se sabe que não é assim. A maioria tem crise sem estar com febre ou qualquer outra coisa. E nós simplesmente diminuimos os remédios até cortá-los, ao mesmo tempo em que realizamos nossa programação de organização neurológica. Em casos de crises mais fortes e frequentes, não mexemos em nada, pois qualquer alteração pode gerar novas convulsões.

Conforme a criança sobe de nível neurológico ao executar nosso programa, ela vai melhorando, diminuindo suas crises convulsivas. Temos técnicas que aumentam o fluxo sanguíneo no cérebro, oxigenando melhor os neurônios. Uma dessas técnicas é a máscara, um saco plástico onde a criança respira durante um minuto, inalando o seu próprio CO₂. Isso aumenta a vasodilatação das artérias cerebrais, levando,

consequentemente, mais oxigênio para o cérebro. E é sempre bom lembrar que é lá que está o problema, e não na convulsão.

Outra coisa que fazemos é controlar os líquidos e o sal ingerido. Quando ingerimos muito líquido, aumentamos o nível do líquido cerebral. Entre a caixa óssea, que é a nossa cabeça, e o cérebro, corre um líquido. Se ele aumenta, aumenta a pressão sobre o cérebro. Isso também gera crise convulsiva. Daí pedimos às crianças com problemas para não beberem muito líquido nem comerem muito sal, já que este provoca a retenção de líquidos no organismo.

A vitamina B6 também é importante, pois diminui o uso de oxigênio pelo organismo. Ora, se diminuem os gastos, aumentam as sobras, e o cérebro pode receber mais e funcionar melhor.

O que pode causar crises convulsivas

Muita coisa pode causar crises numa criança com lesão cerebral.

O desequilíbrio do magnésio e do cálcio pode ser responsável por crises. Uma dieta pobre em ferro pode levar também a convulsões. Se alguém tem anemia, está com pouco ferro, em pouco tempo menos oxigênio será levado para o cérebro. Essa anemia, inclusive, pode ser gerada por uma simples verminose. Igualmente, uma alimentação hipoproteica (pobre em proteínas). Vitaminas são muito importantes para a criança com lesão cerebral. As vitaminas A e D podem inclusive ajudar no controle das convulsões. Nossos sais minerais (cloro, potássio, sódio etc.) devem estar equilibrados.

É sempre bom ter em mente que essa criança, se estiver com algum problema, como hepatite, infecção etc., corre mais riscos de entrar em crise. Até dor de dente pode aumentar o número de crises. Tudo deve estar o mais equilibrado possível. Fraturas, resfriados, tudo pode piorar o quadro convulsivo.

Para o controle das crises, temos técnicas passivas e ativas. Entre as passivas, ativação cortical. Muitas vezes, a pessoa entra em crise porque cai o limiar de excitabilidade de suas células. Ela vai entrando naquele torpor característico e vem a crise.

Há crianças que dizem para a mãe que, se ela não der o que desejam, vão ter uma crise. São crianças capazes de detonar suas próprias crises,

mesmo que depois percam o controle.

Há aquelas que têm o que chamamos de “sinal” ou “aviso”. Sentem que a crise vai chegar. Basta um cheiro, um estímulo visual qualquer, e já percebem o que vai acontecer. Assim, aprendem a evitar suas crises. É um autocontrole adquirido.

Se alguém estiver numa grande altitude e de repente for para o nível do mar, pode entrar em crise devido à mudança brusca de pressão. O mesmo se dá se a mudança for no sentido contrário. Se o ar está muito poluído, carregado, imediatamente antes de uma tempestade, por exemplo, a pessoa pode sentir o perigo, pois tudo isso aumenta a possibilidade de ela entrar em crise. É a ionização do ar.

Até mesmo uma estimulação sensorial intensa pode levar à crise. Cansaço, fadiga extrema. Para a criança com lesão cerebral, tudo pode gerar convulsões. Principalmente medicamentos como o Metrazol (usado para convulsoterapia, uma terapia pela convulsão). Tenta-se melhorar algumas doenças fazendo o indivíduo entrar em crise. É preciso controlar tudo fisiologicamente.

Afinal, não existem remédios para isso. Mesmo que digam o contrário; mesmo que mostrem o frasco. Esses remédios não existem.

MEIO AMBIENTE, OPORTUNIDADES NORMAIS E DISCIPLINA

O meio ambiente, as oportunidades normais e a disciplina são os três pontos básicos que, junto com o tratamento, podem dar condições de vida normal a um indivíduo com problemas cerebrais. Vamos detalhar cada um deles.

MEIO AMBIENTE

O meio ambiente de um indivíduo é o lugar onde ele vive (sua casa) e as pessoas com quem convive. Esse ambiente pode desenvolver, atrasar e até mesmo parar o desenvolvimento de um ser humano, principalmente o de uma criança.

Para que possa desenvolver o novo ser, o ambiente precisa, em primeiro lugar, ser rico em estímulos sensoriais. Quanto mais iluminado, colorido, sonoro, com estímulos olfativos, táteis e gustativos, mais propício será para o desenvolvimento da criança. Em segundo lugar, as pessoas devem acreditar na criança. Acreditar na criança é condição fundamental para qualquer início de tratamento. Em terceiro, o ambiente deve proporcionar as oportunidades motoras. Gessel já dizia que o chão é o campo de treinamento da criança normal.

Por último, a criança não pode ser superprotegida. O ambiente deve ser uniforme, ou seja, todos tocando a mesma música, como se a casa fosse uma orquestra armada. Nem sempre isso é possível, mas é o ideal, e por ele devemos lutar.

Estímulos sensoriais

Os pais recebem, cheios de felicidade, o filho que nasce. Conversam com ele, que só irá entender algo daqui a seis, oito ou dez meses. Olham de frente para ele, apesar de o bebê só começar a enxergar a partir do quarto mês. Beijam e acariciam, sem saber que ele só vai sentir alguma coisa meses depois. Levam a criança de um lado para outro e lhe dão outros estímulos, como alimentos de sabores e odores diferentes. Quanto maior ou menor a intensidade desses estímulos, maior ou menor será o desenvolvimento dessas funções. Isso acontece de forma espontânea, não havendo intenção nem obrigatoriedade dos pais nessas atitudes.

Temos notícias de casos de crianças que foram criadas por animais selvagens e, após alguns anos de convívio, adquiriram seus hábitos. Emitiam os mesmos sons e se alimentavam como eles. Foram então levados para a civilização, com a qual não se acostumaram e logo morreram. Alguns só se acalmavam quando levados ao zoológico, onde eram colocados em contato com animais da mesma espécie que os havia criado. O caso mais conhecido é o dos gêmeos Rômulo e Remo, criados por uma loba. Existem casos de indivíduos que foram isolados do mundo em cárceres privados, sem luz, sem ninguém para ouvir ou falar. Pode-se passar cinco ou dez anos numa situação assim, apenas sendo alimentado. Mas, nessas condições, perde-se a capacidade visual, a noção do tempo, e se ganha um consequente descuido com a aparência física e os hábitos sociais. Perde-se também a capacidade de falar, que pode evoluir até o simples emitir de sons. A capacidade mental regride, o raciocínio fica complicado e, em alguns casos, nem existe. Este tipo de ambiente é conhecido como o da privação dos sentidos. A consequência é a loucura e, geralmente, a morte.

Infelizmente, a natureza se encarregou de colocar muitas crianças, logo ao nascer, num ambiente de privação dos sentidos, dentro de seu próprio corpo. Um castelo aparentemente indevassável. Seus olhos não veem por um processo obstrutivo qualquer; seus ouvidos não captam sons; e sua pele não percebe as sensações de quente ou frio, áspero ou macio. São insensíveis. Seus cérebros não recebem nenhuma informação do mundo exterior, ficando num ambiente de privação dos sentidos semelhante ao dos prisioneiros acima citados. Este cérebro sofrerá os mesmos danos que o do indivíduo encarcerado. Não poderá, portanto, adquirir hábitos sociais nem cuidar de si próprio. Seu raciocínio não se desenvolverá, e também seu vocabulário auditivo e desenvolvimento linguístico. Os mecanismos

de defesa, que são os receptores sensitivos, não poderão proteger o indivíduo nem darão a ele a retroalimentação necessária para que possa saber, por exemplo, onde está seu braço ou sua perna.

Existem crianças que, mesmo antes do nascimento, ainda no útero materno, já são estimuladas. Logo após o nascimento, seus pais começam a estimulá-las em várias áreas e, como consequência, essas crianças se desenvolvem bastante. No Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, temos crianças que começaram a ler entre um ano e um ano e meio. Com dois anos já falavam e entendiam frases e palavras em mais de um idioma. Essas crianças tinham, em muitos casos, lesão cerebral, o que não as impediu de conseguirem um desenvolvimento acima da média. Começamos então a nos perguntar sobre o que havia de errado com a criança normal. Por que ela só adquire essas funções a partir dos 5 ou 6 anos? Logo vimos que a resposta era a falta de estímulos, que a criança com lesão cerebral começa a receber estímulos mais cedo e em maior intensidade.

Acreditar na criança

Não só os pais, mas todos devem acreditar na criança. Se isso não acontecer, não existe a mínima possibilidade para qualquer tipo de tratamento ou desenvolvimento. Acreditar no que se faz é a chave mestra para o bom êxito de qualquer tipo de atividade. Não conhecemos ninguém que tenha começado e terminado qualquer tipo de tarefa, por mais árdua e perigosa que fosse, sem acreditar que haveria chances de desempenhá-la.

No ambiente da criança com lesão cerebral, não existe lugar para gente *boazinha*, que no fundo não acredita nela. Afastem as pessoas que não acreditam na criança. Não estou me referindo a acreditar no tratamento, no método, mas sim na criança, nas possibilidades da criança. Se os pais, principalmente, não acreditarem em seu filho, dificilmente ele conseguirá alguma coisa.

Oportunidades motoras^[8]

O chão é o campo de treinamento da criança. É o local onde ela aprende a usar o corpo. O chão não tem barreiras, como as grades de um berço, para evitar que a criança caia. Até hoje, ninguém jamais caiu do chão.

As crianças são colocadas para dormir de um jeito e, geralmente, são encontradas retorcidas nas grades do berço, completamente *sem jeito*. Isso acontece porque a criança se mexe durante o sono, e significa que ela deveria ter um ambiente mais amplo para se movimentar, mesmo quando dormindo. Até durante o sono as crianças podem fazer suas atividades, treinando a mobilidade.

No princípio dos tempos, não existiam colchões, cadeira ou móveis. O habitat do homem sempre foi o chão. Os povos orientais ainda mantêm este hábito, passando a maior parte do tempo sobre o chão. Mas como o chão geralmente é frio, sujo, chegando mesmo a ser agressivo, é evitado. Os povos primitivos não colocavam seus filhos no chão, pois nele viviam répteis peçonhentos. Por isso carregavam as crianças no próprio corpo. O dr. Glenn Domam há muito tempo proclama: “Diga-me qual é o ripo de chão que vocês têm, e lhes direi que tipo de criança é seu filho”.

Supeproteção

Em relação a não superproteger a criança, o meio ambiente atrapalha ou até mesmo evita que a criança se desenvolva. As avós são a personificação daquilo que não deve ser feito. Existem, é claro, raras e honrosas exceções. Uma criança não precisa ser tratada de modo diferente das outras, pois assim se tornará *anormal*. Boas intenções, na maioria das vezes, só atrapalham. Se, por exemplo, colocarmos na frente de uma criança dois copos, um cheio de veneno e outro com refrigerante, não brigamos se ela decidir tomar o de refrigerante, mesmo que esteja fora de hora ou que não seja bom para a sua saúde. Julgamos que não vale a pena contrariar a vontade da criança. Porém, se ela resolver tomar o copo de veneno, não deixamos, por mais que não se deseje contrariá-la. Sabemos que veneno mata, mas as atitudes e desejos indevidos são permitidos. Esse tipo de *lógica* destrói a capacidade de compreensão e o comportamento da criança.

Superproteger uma criança é dar a ela tudo aquilo de que não precisa, como forma de *compreensão* dos problemas que tem. Aquilo que ela

necessita não é suficiente para protegê-la do que possa acontecer. Superproteção é como dar uma barra de chocolate para uma criança que está se afogando para que morra feliz. É um ripo de mentalidade que se vê muito por aí, e que alguns chamam de *amor*. Para mim, é somente uma prova de hipocrisia de nossa sociedade contemporânea.

OPORTUNIDADES NORMAIS

Existe um provérbio chinês que diz: “Se dermos um peixe a um homem, ele terá peixe apenas para uma vez. Se o ensinamos a pescar, terá peixe a vida inteira”.

Quando damos comida na boca de uma criança, a vestimos ou lhe damos banho, tendo essa criança condições de fazer tudo sozinha, contribuímos para que ela não aprenda nada, para que não saiba fazer nada por conta própria. Roubamos a oportunidade de a criança realizar suas funções fundamentais.

Mesmo que a criança faça alguma atividade, de forma descoordenada ou demorada, não há motivos que a impeçam de fazê-la. Quando uma criança não sabe como fazer alguma coisa, devemos ensiná-la e dar-lhe meios para que faça sozinha. Quando isso não for possível, devemos fazer junto com ela. Temple Fay, professor de Glenn Doman, dizia:

– Não sei quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha. Sei apenas que primeiro existe uma necessidade e depois uma facilidade. É imperativo que os pais criem nas crianças a necessidade de fazer as coisas. Para que uma criança vai aprender a falar se trazem tudo para ela? É preciso educar a criança para fazer tudo o que for possível por ela própria.

Dormir e comer

Desde seu nascimento, a criança deve aprender a dormir em seu próprio quarto, na sua cama, desde os primeiros dias de vida, criando assim a sua individualidade. A criança não deve dormir no quarto dos pais, nem na mesma cama que eles, pois isso pode trazer sérios transtornos. Na esfera emocional, existem problemas que os psicólogos atribuem (fixações,

complexos e outros transtornos) à intimidade dos pais. Um pai mais gordo pode também sufocar uma criança durante o sono.

Até os quatro meses a criança deve ser alimentada com líquidos, de preferência o leite materno. Do quarto ao sexto mês, ela pode tomar sopa de legumes e sucos de fruta. De seis meses a um ano, deve comer alimentos pastosos. A partir de um ano, pode então comer alimentos sólidos. Conhecemos muitas crianças que, com dois ou três anos, continuam comendo apenas alimentação pastosa, engasgando e vomitando; a mãe passa toda a comida no liquidificador. Ora, para que precisamos dos dentes se toda a comida já vem triturada? Os dentes não se desenvolvem, ou só se desenvolvem tardiamente, de forma fraca e anormal.

Sempre aconselhamos às mães a não insistirem para que seus filhos comam. Se por acaso a criança não quiser comer, devem deixá-la sentir fome. Isso não significa deixá-la sem comida, mas deixá-la sentir fome. Em nossas instituições, recebemos crianças de diferentes níveis socioeconômicos. Uma, por exemplo, só come bife com batatas fritas, outra não come feijão, enquanto uma terceira só come tomando refrigerante. Na instituição, não podemos fazer uma alimentação especial para cada criança. Todas recebem uma alimentação comum. Algumas podem se recusar a comer nos primeiros dias, e o máximo que acontece é um coleguinha comer por ela.

Um amigo da Romênia nos contou que, durante a Segunda Guerra Mundial, a população de seu país não tinha o que comer. Fazia-se então uma sopa de pedra, que todos achavam muito gostosa. Também são conhecidos no mundo inteiro casos de pessoas que fazem greve de fome, algumas chegando a passar sessenta dias sem comer, e depois morrem. O que desejo demonstrar com esses exemplos é que nenhuma mãe precisa se preocupar se seu filho se recusar a comer uma refeição. Não conhecemos nenhum caso de alguém que tenha morrido de fome *sabendo comer* ou tendo comida à sua frente.

Higiene e se vestir

A partir de um ano e meio de idade, a criança já tem condições de comer por conta própria e controlar sua urina e fezes. Se quisermos ensinar esse

controle para a criança, devemos acabar com o uso de fraldas, pois estas representam um acordo tácito de que é ali que devem ser feitas as necessidades. A mãe deve colocá-la no banheiro na hora certa, de hora em hora, ou a cada hora e meia, explicando-lhe que este é o local onde deve fazer cocô e xixi. Se a criança fizer nas roupas novamente, a mãe deve voltar a explicar tantas vezes quantas forem necessárias. O importante é que a criança aprenda, assim forma-se nela um hábito.

A partir de dois anos, a criança já tem condições de se vestir sozinha. Podemos facilitar-lhe esta tarefa usando uma camiseta folgada em que ela só tenha que enfiar os braços e a cabeça, ou um calção ou calcinha que lhe permitam facilmente colocar os pés e puxar. É muito importante que tornemos a criança bem-sucedida nestas funções, pois ninguém gosta de ser um fracassado. Portanto, para estimular e conseguir que ela faça cada vez melhor, devemos criar situações que resultem em sucesso para a criança. Devemos ensiná-la a tomar banho, escovar os dentes e todos os demais hábitos da higiene humana.

Andar sozinha na rua

Dos seis ou sete anos em diante, a criança já tem condições de andar sozinha na rua. Às vezes, podemos ensiná-la ainda mais cedo, sempre que tivermos oportunidade. Chame a sua atenção ao atravessar a rua, de forma que ela olhe para os lados a fim de verificar se vem vindo veículos. Ensine-a atravessar a rua no sinal e na faixa de pedestres. Simule situações em que seu filho tenha que conduzi-lo pela rua, dizendo como e quando atravessar, além de que rumo tomar. Peça a seu filho para comprar alguma coisa no jornaleiro ou na padaria da esquina; mande-o fazer uma visita a um parente que more próximo. Se tiver dúvidas, siga-o de longe para ter certeza de sua capacidade.

Não tente superproteger a criança, evitando que ela faça essas atividades sozinha.

Que existem perigos na rua, todos nós sabemos, e muitas vezes não podemos evitá-los. A solução para isso, porém, não é trancar a criança dentro de casa, fazendo-a viver num mundo à parte. O melhor exemplo é o dos pequenos animais criados em cativeiro que, após fugirem de suas gaiolas ou apartamentos, tornam-se presas fáceis para outros animais ou

para as rodas de um carro. Não adianta tentar ensinar para a criança que o mundo é cor-de-rosa, que sempre contará com seus pais para protegê-la etc. Os pais devem estar sempre um passo atrás da criança, e não na frente. Seu dever é lhe dar retaguarda e apoio. A criança tem que aprender a correr riscos, chorar nas horas em que tem vontade de chorar, rir quando tiver que rir, aprendendo assim a se defender.

Esse assunto é alvo de muitas controvérsias, dando igualmente margem para muitas teorias. Nós temos a nossa. Acreditamos que a disciplina se baseia em três pontos fundamentais: horário, motivação e condicionamento.

Para muita gente, disciplina é sinônimo de pancadaria. Nossa equipe mesmo já foi acusada várias vezes de utilizar o castigo físico como forma de tratamento. Não somos puritanos nem escondemos nossos métodos de ninguém. Reconhecemos que, muitas vezes, usamos uma palmada (*ou* uma repreensão severa) em casos extremos, quando todas as outras formas de persuasão já foram esgotadas. Desejamos que a criança aprenda os seus limites.

Existe muita emotividade, muito sofisma e até uma certa maldade quando indivíduos que trabalham com crianças são acusados de espancá-las. Acreditamos que, em muitos casos, realmente exista essa crueldade e prepotência por parte daqueles que têm como função cuidar de crianças. Entretanto, na maioria dos casos, podem estar sendo mais humanos e compreensivos do que aqueles que os acusam com olhos de falsa piedade e falso humanismo, sem nunca terem feito nada por essa criança. Alguns falsos piedosos até acusam essas crianças de *poluírem o visual* quando brincam com os filhos deles em parques, clubes, escolas.

Horário

Acreditamos que disciplina é, em primeiro lugar, horários. Horário para comer, dormir, tomar banho, ver televisão, passear e até mesmo brincar. Não somente ter horários, mas aprender a cumpri-los. Neste ponto, nosso trabalho é bastante eficaz, pois exigimos que a criança cumpra sua programação de dez, onze e até mesmo catorze horas diárias. Criamos assim um dia inteiramente programado para a criança. Quando recebemos um menino ou uma menina pela primeira vez, geralmente perguntamos

aos pais o que ele ou ela faz durante o dia. Quase sempre a resposta é a mesma: nada. Outras crianças precisam de alguém para fazer *marcação homem a homem*, como se diz no futebol, tamanha a sua inquietação. Após um período de tratamento, voltam irreconhecíveis. Seus pais nos dizem que é muito fácil cuidar da criança quando ela executa a programação. Quando isso não acontece, ela fica muito agitada.

O horário rígido deve existir durante os primeiros meses. Depois que a criança se habitua com a programação é que podemos começar a fazer algumas concessões. Começamos a dar-lhe opções, como por exemplo: “Se quiser ficar acordada até mais tarde para ver televisão, você pode. Mas amanhã vai acordar às sete horas para o trabalho”. Podemos dar-lhe a opção de fazer as atividades em horários diferentes, desde que as faça. A primeira etapa, no entanto, é ensinar a criança que horários existem e devem ser cumpridos.

Motivação

Outro ponto muito importante é a motivação, sobretudo para disciplinar. Devemos conversar bastante com a criança, explicando as diferenças entre o certo e o errado, estimulando-a a fazer sempre o certo. Para isso, o primeiro passo é elogiá-la naquilo que conseguir realizar, enfatizando suas vitórias e mesmo lhe dar prêmios pelos resultados mais brilhantes. Da mesma forma, devemos ensiná-la sobre aquilo que não deve ser feito, tudo o que socialmente não é bem aceito. Quando ela seguir por esse lado, devemos lhe mostrar que este não é o caminho correto, podendo até mesmo não lhe dar coisas que goste.

Em alguns casos, devemos também repreendê-la de forma mais enérgica e, se necessário, dar-lhe uma palmada. Uma palmada nunca fez mal a ninguém, se dada pela pessoa certa, na hora certa. Acreditem: as crianças são as maiores psicólogas que conheço. Muito antes de analisar uma criança que chega a meu consultório, ela já me testou de várias maneiras, seja através do olhar, das atitudes e até mesmo de perguntas. Creiam, os filhos conhecem muito melhor os pais do que estes os filhos; sabem quando podem facilitar ou não para dobrar a vontade dos pais.

Muita gente acredita que não devemos contrariar uma criança devido aos problemas que ela tem. Chamam isso de amor. No meu entender, amar

uma criança é ensiná-la a ser um indivíduo amanhã, e não viver vegetando por toda a vida. Amar uma criança é ter coragem de dizer não a ela, evitando assim que seja alguém *anormal*. De outra maneira, não a contrariar representa uma omissão que destrói a menina ou menino. Graças a esse tipo de atitude contemplativa, é que chegam dezenas de crianças até nós com comportamentos agressivos e antissociais.

Condicionamento

Quando uma criança chega a nós com suas funções sensoriais bloqueadas ou mal estruturadas, sem conseguir se comunicar conosco, não adianta conversar com ela, pois não entende o que dizemos. A única forma de ensiná-la é pelo condicionamento.

O russo Pavlov, considerado o Pai do Condicionamento, tem experiências com cães que provam a sua eficácia. Pavlov colocava para o cão diariamente um alimento e tocava uma campainha. Depois de repetir esse procedimento várias vezes, o animal, sempre que ouvia o toque, salivava e procurava o alimento.

Com muitas de nossas crianças não temos outra forma de ensiná-las que não o condicionamento. Nestes casos, devemos proceder sem qualquer medo. Toda a base do aprendizado humano é condicionamento. Se domamos um leão, um tigre ou um urso, o que não podemos fazer com uma criança que tem cérebro? Mesmo lesado, o cérebro de uma criança tem muito mais condições de aprender do que o de uma fera. Não aceitamos receber crianças que se comportam como animais selvagens, como se isso fosse componente de seu problema. Não aceitamos essa mentira. Acreditem: esta criança está sendo malcriada, ninguém a ensinou a se comportar. A mesma coisa podemos dizer em relação ao controle dos esfíncteres (fezes e urina). Podemos criar o hábito na criança. Se, ao invés disso, colocamos fraldas nela, criamos uma força antagônica à do condicionamento.

Os maiores condicionadores que existem são os domadores de circo. Basta olhar o seu desempenho dentro de uma jaula com as feras para perceber que existe um contato carinhoso e quase telepático com os animais. Ele não necessita de nenhuma atitude mais rude. A fim de chegar a este ponto, os animais domados passaram por um longo período de

treinamento, repetindo e sendo recompensados por cada vitória, até se entenderem com o domador e conseguirem seus objetivos.

No caso de uma criança, não há necessidade de nenhum domador, mas sim da presença de seus pais, que são grandes doutores em suas necessidades, deficiências e prazeres. Usando o mesmo artifício (repetição e recompensa), os pais conseguem os seus objetivos, em muito menos tempo e mais facilmente. Já fomos acusados de querer robotizar as crianças por tentar condicioná-las, mas nosso objetivo é que o condicionamento seja apenas uma etapa no seu processo de educação, do aprendizado do comportamento adequado para a sua idade, terminando assim que leve à aquisição do processo de raciocínio em seus mais altos níveis.

Dessa forma, o condicionamento é a primeira etapa do processo de desenvolvimento do raciocínio e, alcançada esta etapa, nosso objetivo será o desenvolvimento intelectual (raciocínio) em seu mais alto nível.

A FISIOLOGIA DA RESPIRAÇÃO

A respiração é vital para os seres humanos. Todos tentam definir respiração de várias maneiras. Poucos, no entanto, têm conhecimento do que seja a respiração.

A IMPORTÂNCIA DE RESPIRAR BEM

A camada gasosa que envolve a Terra, chamada atmosfera, é rica em oxigênio, o elemento básico de nossa respiração. Ao respiramos, esse elemento é inalado pelas fossas nasais ou pela boca, passa por toda a árvore respiratória e chega ao interior dos pulmões, onde estão os alvéolos, que são as células pulmonares. No interior dessas células se dá o fenômeno da hematose, uma troca entre o ar respirado e a circulação sanguínea. Cada molécula sanguínea é composta, principalmente para a respiração, por uma molécula de ferro, uma de oxigênio e uma de hemoglobina. Essa molécula de sangue, rica em oxigênio, circula por todas as células de nosso corpo. Ao chegar a cada uma, de acordo com sua necessidade, é fornecida uma quantidade de oxigênio, recolhendo-se, ao mesmo tempo, o gás carbônico, o lixo da respiração, que será transportado pela circulação e expelido do interior da célula pulmonar pelo processo da respiração.

Portanto, a respiração é um fenômeno intracelular, ou seja, cada célula de nosso corpo respira nesse momento. A maioria das pessoas, e até mesmo técnicos, pensam que a respiração é a função de botar ar para dentro e para fora. Isso é apenas ventilação pulmonar. Se um ser humano passar quatro minutos sem respirar, começam a morrer células no seu corpo, sendo que as primeiras a sofrerem com a falta de oxigênio são justamente aquelas mais especializadas e ávidas deste elemento: as células cerebrais.

O cérebro de um adulto de quase 80 quilos pesa cerca de 1.800 gramas, as quais consomem cerca de 50% do oxigênio circulante, sobrando 50% para todas as outras funções e reações químicas corporais. Todas as funções do ser humano dependem, em primeiro lugar, da função respiratória. Portanto, quando esta é prejudicada, todas as outras também são. Podemos passar trinta dias sem comer, mas não podemos passar quatro minutos sem respirar, salvo em casos especiais.

Das crianças que chegam até nós, 99% têm problemas respiratórios bastante sérios. Em nosso tratamento, damos uma importância muito grande à respiração. Quanto mais grave a condição de uma criança, maior a necessidade de tratamento prioritário para esta função.

Pelo que sabemos, os técnicos que se preocupam com a respiração abordam geralmente a patologia respiratória, não a fisiologia da respiração. Se perguntarmos ao leitor se ele acredita que respira bem, provavelmente terá muitas dúvidas sobre que resposta dar, pois a maioria das pessoas normais não respira bem, não sabe respirar e, conseqüentemente, não faz nada para manter o seu corpo em boas condições, respirando, por isso mesmo, muito mal.

Vejam alguns pontos que podem servir de base para um teste: você se cansa com facilidade? Não consegue caminhar cinco quilômetros sem parar? Fuma? Você tem que se preocupar em respirar? Qualquer dessas perguntas respondida afirmativamente indica que a pessoa não respira bem.

Se você nem consegue andar até o ponto de ônibus sem ficar cansado, sua condição respiratória está precária. Andar somente 500 metros sem parar é uma condição típica de quem leva uma vida sedentária. Se chega aos 1.000 metros, é sinal de que há alguma condição. Mais de 3.000 metros, sua situação já é regular. O ideal, entretanto, para ser considerado um indivíduo em excelentes condições físicas e respiratórias, é conseguir correr diariamente cinco quilômetros em menos de trinta minutos.

Qualquer de nossas crianças, mesmo as de pouca idade, no final de seis meses ou um ano de programação, já consegue correr cinco quilômetros, chegando às vezes a percorrer esta distância em vinte e dois minutos. O professor Cooper fala da necessidade de os indivíduos se movimentarem e exercitarem seus músculos e seu coração (que também é um músculo), demonstrando que aqueles que não respiram bem vivem menos e são

muito mais suscetíveis a doenças. Alguns anos atrás, conheci uma senhora que, aos 75 anos, tinha a vitalidade, energia e o desembaraço de uma garota de vinte anos. Ela e seu marido moravam no Maine, norte dos Estados Unidos, onde viviam o que chamavam de uma boa vida numa casa construída por eles. Plantavam e colhiam, cuidavam dos animais, enfim, exercitavam-se naturalmente o dia inteiro. O marido, aos cem anos, era ainda capaz de carregar um saco de cimento nas costas. E a razão principal de tudo isso era o fato de respirarem bem.

Quanto mais parada, mais sedentária é a vida que levamos, maiores são os nossos problemas respiratórios. Um atleta que faça exercícios todos os dias e esteja em boas condições respiratórias, se parar por quinze dias ou um mês, não terá mais a mesma condição que tinha quando parou. E cabe aqui um lembrete aos indivíduos que não têm preparo e que, de repente, resolvem fazer um esforço físico sem se prepararem para tal. É o típico caso do *atleta de fim de semana*, que resolve fazer companhia a algum amigo que corre diariamente. Ele está se expondo a uma sobrecarga no aparelho cardiorrespiratório e no sistema vascular, para a qual não está preparado, que poderá lhe trazer consequências não muito boas, como pequenas distensões, câimbras, podendo chegar à morte.

O professor Max Halhubeur, de Munique, Alemanha, especialista em reabilitação de cardíacos, disse em uma palestra que todo indivíduo pode e deve fazer exercícios, desde que respeite seus limites e não sobrecarregue demais o organismo. Exemplo: quando alguém resolve começar a se exercitar, pode andar até os seus sistemas cardiológico e respiratório aguentarem, sem demonstrar cansaço. Quando começar a se sentir cansado, deve diminuir gradativamente o ritmo até parar.

Uma das maneiras de controlar o início de um exercício é observar o número de batimentos cardíacos. Normalmente, em repouso, um adulto tem de 85 a 90 batimentos por minuto. Antes de iniciar um exercício, é preciso se movimentar para aquecer os músculos e, conseqüentemente, elevar para 110 ou 120 seus batimentos por minuto. Aí então pode começar a exercitar-se, sendo que os batimentos não devem ultrapassar 160 por minuto. Acima de 180, pode haver problemas sérios na parte circulatória. Uma das maneiras de se calcular o grau de condicionamento de um indivíduo é medir, após os exercícios, o tempo de recuperação dos batimentos, isto é, quanto tempo leva para a frequência cardíaca voltar ao

normal. Quanto mais rápida for a operação de retorno, melhor o condicionamento físico.

Existem dois tipos de controle da respiração: o cortical e o autônomo.

Controle cortical da respiração

O controle cortical da respiração acontece quando o indivíduo tem plena consciência de suas atividades, dosando assim o seu *gasto respiratório*. Chamamos isso de respiração ativa. O leitor deve fazer um teste. Tente parar de respirar e veja quanto tempo aguenta. Faça agora, por favor. Quanto tempo conseguiu? Vinte segundos? Precisa parar de fumar e se exercitar. Trinta ou quarenta segundos? Seu controle respiratório já é bastante bom. Acima de quarenta segundos estão as pessoas de capacidade respiratória excelente. Os jovens costumam fazer esse teste embaixo d'água. Uma criança, nos primeiros anos de vida, é incapaz de prender a respiração. Se lembramos, porém, que logo nos primeiros meses de vida intrauterina ela estava dentro d'água, encontramos um grande paradoxo.

O cientista russo dr. Igor Sarkovski realiza partos debaixo d'água, onde a criança passa do líquido intrauterino para o líquido de uma cuba de acrílico. As crianças não sentem praticamente a diferença, chegando a mamar debaixo d'água. Essas crianças passam muitas horas ali e aprendem a controlar seu processo respiratório de forma espontânea. Acreditamos, portanto, que todo o processo do desenvolvimento respiratório precisa ser olhado como um desenrolar dinâmico e, portanto, devemos trabalhá-lo para que tenhamos um bom aparelho respiratório.

Crianças tidas como normais e que moram em apartamentos nas grandes metrópoles são verdadeiros deficientes físicos, se comparadas com crianças que vivem no campo, que têm oportunidades de desenvolver seu aparelho respiratório. Essas são capazes de desempenhar atividades físicas por tempo muito mais prolongado que as crianças de apartamento. O sedentarismo da vida moderna nas grandes cidades está produzindo um número cada vez maior de problemas no aparelho respiratório como asma, bronquite etc. A nosso ver, esses são muito mais problemas de falta de desenvolvimento do aparelho respiratório do que uma patologia deste aparelho. Tanto que a solução indicada para esses problemas é a natação ou outro tipo de exercício físico.

A respiração ativa do ser humano se desenvolve da seguinte maneira: tomamos como exemplo um indivíduo capaz de andar 1.000 metros e correr 500 metros sem parar. Prescrevemos então uma programação em que ele deve repetir diariamente essa quantidade de exercícios. Nos primeiros dias, como produto da caminhada e da corrida, há o cansaço. Após dez ou quinze dias, o indivíduo não se cansa mais e fica animado para tentar distâncias maiores. Vamos analisar o ocorrido.

Temos a fórmula exercício-cansaço-exercício-cansaço-exercício-menos cansaço. Final: exercício sem cansaço. O que aconteceu foi que a capacidade respiratória deste indivíduo aumentou. Se ele era capaz de correr 500 metros sem parar e agora corre 1.000 metros, isso significa que o exercício, de forma constante e disciplinada, dobrou sua capacidade respiratória. Portanto, o produto do exercício é igual ao cansaço, que é igual ao aumento da capacidade respiratória.

Quando o indivíduo não tem capacidade de andar ou correr, utilizamos outra forma de atividade física que possa desempenhar, como engatinhar ou arrastar, e ir aumentando gradativamente a distância.

Consequentemente, aumentamos a sua capacidade respiratória. Sabemos, graças à pesquisa feita na população de pacientes dos Institutos da Filadélfia, que toda criança é capaz de se arrastar sozinha por 30 metros. Se ela consegue se arrastar 300 metros por dia, já tem capacidade para ficar de quatro e em seguida engatinhar. Se for capaz de engatinhar 1.600 metros por dia, pode ficar em pé e começará a andar.

Essa pesquisa foi um trabalho específico de Douglas Doman e Bruce Haig, que revelou ainda outros dados valiosos, como estes: se a criança tem capacidade de correr 100 metros, tem capacidade de corrida e, portanto, possui condições de desenvolver seu potencial respiratório. Acreditamos que esse potencial deve dar a ela, em média, capacidade para correr cerca de cinco quilômetros em 30 minutos. A isso chamamos excelência física.

Respiração autônoma

O sistema nervoso autônomo faz com que o indivíduo respire de forma inconsciente. Esse controle assume a respiração nas situações em que o córtex não está funcionando. Durante o sono ou em patologias que fazem

com que a respiração fique descontrolada, pondo em risco a vida do paciente, entra em funcionamento esta respiração, que chamamos de passiva. Ela é por nós trabalhada, igualmente, com uma máscara. De todos os nossos recursos terapêuticos, este é o mais eficaz e antigo. Já realizamos cerca de um bilhão de máscaras em um único indivíduo, com grandes resultados para o paciente e sem nenhum efeito nocivo. As máscaras têm duas funções.

A primeira função é química. Após trinta segundos de respiração na máscara, começa-se a inalar nosso próprio CO₂, o que se faz durante um ou dois minutos várias vezes por dia. Como o CO₂ é um vasodilatador periférico, aumenta o calibre das artérias e, como consequência, cresce o fluxo sanguíneo, principalmente no cérebro.

No segundo efeito mecânico, a máscara funciona como se prendesse nossa respiração, ou como se tivéssemos mergulhando. Durante esse tempo, os níveis de CO₂ se elevam dentro do corpo e os sensores dos níveis de oxigênio e CO₂ mandam uma mensagem ao cérebro sobre esse estado de emergência, fazendo com que toda a nossa musculatura respiratória comece a funcionar mais rápido, tentando suprir a deficiência de oxigênio.

Existem três tipos de máscara: a máscara reflexa, a mais comumente usada; a máscara fechada, que obriga a um esforço maior e costuma ser feita numa série de sessões; e a máscara de resistência, semelhante à reflexa.

O segundo tipo de terapia que usamos é a padronização respiratória passiva.

Esta padronização tem como finalidade fazer com que o indivíduo inspire e expire de forma completa, enchendo e esvaziando totalmente a área pulmonar, num ritmo adequado à boa fisiologia respiratória. A padronização respiratória passiva se baseia em várias descobertas realizadas por Glenn Doman.

Alguns anos atrás, a imprensa mundial divulgou o caso de uma moça americana que entrou em coma por ingestão exagerada de tóxicos. Após algum tempo ligada aos aparelhos, seus pais começaram a discutir o direito de desligá-los, já que ela não vivia por seus próprios meios. Depois de intensa batalha judicial, conseguiram finalmente o direito de autorizar o desligamento dos equipamentos que mantinham a paciente viva. Seria o dia de sua morte, marcado por antecendência. Para surpresa de todos, no

entanto, Karen não morreu quando os aparelhos foram desligados, permanecendo viva por muitos e muitos anos.

“O que aconteceu com ela?”, perguntavam familiares e técnicos. Logo todo o mundo fazia a mesma pergunta, sem encontrar uma resposta satisfatória. Para Glenn Doman, o que ocorreu foi que ela, durante o período em que esteve ligada aos aparelhos, realizou aquilo que chamamos de padronização respiratória passiva. Várias vezes por minuto, o equipamento enchia e esvaziava seus pulmões de ar, ao mesmo tempo em que enviava infinitas mensagens ao cérebro através de seu sistema nervoso, que podem ser traduzidas mais ou menos por “é assim que você tem que respirar”. Depois de algum tempo, seus sistemas respiratórios autônomo e cortical voltaram a assumir o seu papel.

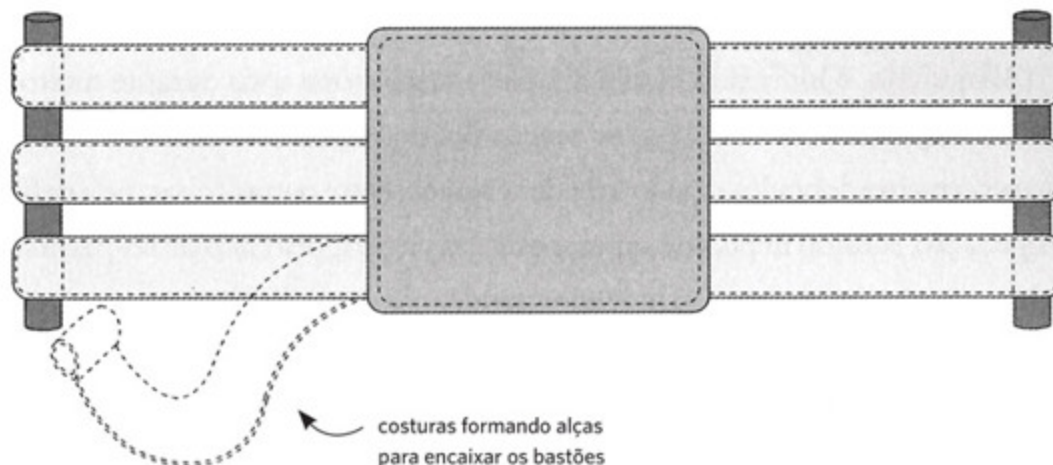
A padronização respiratória surgiu baseada nessa experiência e no período em que existia a poliomielite, que causava a paralisia dos músculos respiratórios e exigia que o paciente fosse mantido por uma máquina que enchia e esvaziava os pulmões, chamada na época de *pulmão de aço*. A padronização respiratória é simples de ser executada em domicílio pelos próprios familiares do paciente, que pode ser mantido por várias horas no aparelho respirando de forma completa e fazendo com que seu organismo passe a funcionar direito. Os resultados obtidos são enormes, com uma melhora do ritmo respiratório, da deglutição etc.^[9]

Usa-se também um colete de lona (ver figura), que serve para duas pessoas, sentadas uma de frente para a outra, em movimento ritmado e com um aparelho para marcá-la em compasso ternário (metrônomo). O colete impõe o mesmo tipo de movimento, num ritmo constante, em que as duas pessoas puxam, seguram e soltam, sincronizadamente, o ar. Para usar esse aparelho é necessário, entretanto, um treinamento com pessoal capacitado.

A má respiração

O ser humano que tem a sua capacidade respiratória prejudicada passa a vida inteira respirando mal. Como consequência, oxigena mal as células de seu corpo. Muitas vezes, nos primeiros anos de vida, seu volume corporal consegue equilibrar-se com sua deficiência. Porém, à medida que

o volume corporal cresce, se não trabalharmos a parte respiratória, a mesma capacidade de oxigênio será dividida por um número cada vez maior de células, ficando assim todas deficientes e prejudicadas.



Um dos primeiros sintomas é a rigidez muscular, seguida de cianose das extremidades (coloração azulada), diminuição da temperatura (mãos e pés frios) e enrugamento da pele. Todos estes sintomas, porém, desaparecem quase que imediatamente quando, por meio de alguma técnica, aumentamos temporariamente a oxigenação cerebral.

A função respiratória precede todas as outras, sendo assim a base para uma boa fisiologia orgânica. Portanto, se respira bem, o indivíduo é capaz de ter todos os seus órgãos funcionando bem. Se tentarmos alimentar uma criança que não consegue deglutir direito, ela certamente engasgará a toda hora, chegando a vomitar ou se negar a receber o alimento. Isso acontece porque, para muitas crianças, é quase impossível respirar e fazer outras coisas ao mesmo tempo.

Esta observação foi feita pela primeira vez por Janet Doman, atual diretora dos Institutos da Filadélfia, que percebeu que, tendo que optar entre respirar e fazer qualquer outra coisa, o ser humano sempre opta pelo respirar. Portanto, para que possa se alimentar bem, o indivíduo que respira mal precisa desenvolver um programa respiratório.

Além disso, o indivíduo com deficiência respiratória séria durante muitos anos adquire uma postura curvada, com os braços fletidos à altura do cotovelo e os joelhos permanentemente dobrados devido à rigidez causada, entre outras coisas, pela deficiência de oxigenação. Mesmo depois de superar essa deficiência, pelo fato de ter permanecido nesta

postura por anos e anos, o indivíduo tende a ficar, por hábito, com o corpo nessa posição. Isso pode e deve ser modificado com treinamento específico.

ESTIMULAÇÃO MOTORA

O chão é o campo de treinamento da criança. Com base nesse pensamento, podemos dizer que a criança sem chão tem problemas. É, portanto, no chão que o nosso trabalho se desenvolve.

A AÇÃO DA GRAVIDADE

Uma das forças elementares que mais nos influencia é a que atrai universalmente os corpos, descrita pelo famoso físico Newton como força da gravidade. Todos os seres que vivem na Terra sofrem a sua ação e são presos ao solo graças a ela. O velho sonho do homem de voar como os pássaros até hoje não foi alcançado, a não ser com o uso de fabulosas máquinas criadas por ele para este fim.

Desde o dia em que nasce, o homem toma conhecimento dessa força. Quando sai do útero, a criança deixa o meio líquido em que estava envolvida (no qual a gravidade era zero ou quase zero) e passa para outro em que tudo é mais pesado, inclusive ela.

O dr. Sarkovski diz que muitos problemas do parto poderiam ser evitados se a criança saísse do meio líquido para o meio líquido, e não para o sólido, pois é uma mudança demasiadamente brusca. Ela passou o tempo todo no interior do útero, a uma temperatura de aproximadamente 35°C, e sai bruscamente para temperaturas mais baixas. Se o bebê nascesse em meio líquido estaria muito mais protegido. Sem contar que o meio líquido distribui as pressões em todas as direções, ou seja, não faz pressão direta sobre o corpo que está dentro dele.

Há milênios, as mães índias dão à luz de cócoras. O dr. Moises Parciomick vai além, dizendo que devemos evitar as cadeiras e nos sentar de cócoras, o que reforçaria toda a musculatura da pelve, coxas, pernas, pé

e coluna vertebral, prevenindo assim uma série de patologias que são inerentes à posição sentada, que é antinatural para o ser humano.

Ao nascer, a criança sofre a ação de várias forças que a empurram de encontro ao solo. No centro de gravidade do indivíduo, dependendo da sua posição, age o somatório de todas essas forças, numa força única: a força de gravidade. Para vencê-la, a criança tem que desenvolver uma estrutura muscular de força para poder se arrastar na horizontal, de um lado para outro.

Depois de algum tempo na posição de bruços, arrastando-se vários metros por dia para se locomover aos locais que despertem o seu interesse, a criança se coloca na posição de engatinhar, apoiada sobre as mãos e os joelhos, além das pontas dos pés. Para conseguir tal façanha, o homem tem que ter uma força suficiente para impulsioná-lo para cima, vencendo assim a força de gravidade, que o impulsiona para baixo. Necessita, além disso, ter as musculaturas do tórax e do abdome desenvolvidas o suficiente para segurá-lo na nova posição; e, sobretudo, precisa aprender a equilibrar o esqueleto, os músculos e os órgãos naquela posição, sem cair para a direita ou esquerda, para frente ou trás.

Em seguida à fase de engatinhar, o bebê tenta ficar de pé, com o apoio de uma cadeira ou das paredes, ficando assim pela primeira vez apoiado apenas nas solas dos pés, únicos pontos em contato com o solo, tendo um pequeno apoio das mãos para equilíbrio. A cada tentativa, fica mais fácil se manter de pé, o que o motiva a tentar, pela primeira vez, dar os primeiros passos, com os braços voltados para cima, como se buscasse apoio, ou o velho galho de árvore usado pelos primatas que nos antecederam. Usa os braços e, para dar mais equilíbrio ainda à sua façanha, se desloca com os pés abertos, bem afastados. Muitas vezes, abre a ponta dos pés para fora, na posição tradicionalmente conhecida como *dez para as duas*. Geralmente, consegue dar um, dois passos, e cai. Novas tentativas são feitas e, após algum tempo, começa a dar vários passos, ainda se equilibrando com os braços. Nessa ocasião, por força da gravidade, em vez de voltar os pés para fora, muitas vezes volta-os para dentro, ficando numa posição não muito agradável aos olhos dos pais, mas que lhe permite se locomover, que é seu objetivo principal. A criança age dessa maneira apenas para se equilibrar; quando não precisa mais (como na hora de dormir), os pés simplesmente voltam à posição normal.

Anteriormente, inúmeras cirurgias desnecessárias foram feitas para corrigir a posição dos pés, como se o problema fosse ali. Na verdade, o que acontece é uma tentativa do cérebro da criança de manter o corpo em equilíbrio com a força da gravidade. Muitas crianças deixaram de se locomover após a cirurgia, pois mudou o seu centro de equilíbrio e não conseguiram mais refazê-lo.

Em 1985, assisti na Filadélfia a apresentação de uma astronauta da Nasa que, em março daquele ano, fora ao espaço, saindo, por conseguinte, do raio de ação da gravidade terrestre. Num filme documentário, vimos os astronautas se locomovendo no interior da nave com os joelhos e os braços flexionados, pois não tinham a oposição dos músculos antigravitacionais, que só funcionam quando têm que vencer a ação gravitacional, que no espaço não existe. Quando retomaram à Terra, depois de passar cerca de uma semana neste tipo de ambiente, observei que continuavam com os joelhos semiflexionados. Perguntei o porquê, e ela disse que esse fato era comum no retorno à Terra, e que os astronautas ainda levavam alguns dias para pisarem corretamente. E contou também que os astronautas soviéticos que passaram mais de duzentos dias no espaço sentiram o problema em maior escala, levando mais tempo ainda para recuperar a normalidade de seus movimentos.

Essa experiência dos astronautas nos mostra que, quando um ser humano é exposto à ação da força de gravidade, é obrigado a moldar seus músculos e ossos em função da necessidade de viver em equilíbrio com esta força. Portanto, não devemos utilizar nenhum artifício para colocar uma criança de pé antes de ela estar preparada para isso, pois a ação da gravidade irá, junto com o peso do corpo, produzir defeitos em seus pés, pernas, bacia e coluna vertebral, o que lhe poderá trazer um grande transtorno no futuro. Da mesma forma, não devemos saltar etapas (ver quadro na p. 98) nesse processo, pois a criança não desenvolverá corretamente o seu sistema sensorio-motor, e isso lhe fará muita falta ao atingir etapas mais elevadas em seu desenvolvimento neurológico, podendo provocar inúmeras deficiências.

EQUILÍBRIO

O órgão de nosso corpo responsável pelo equilíbrio é o sistema vestibular, ou labirinto, situado no interior do ouvido. O sistema é formado por canais semicirculares, onde corre um líquido que estimula toda uma estrutura ciliar interna, dando noção, posição, altura, pressão e outros tipos de coordenação grossa e fina utilizadas pelo ser humano. Esse sistema é pouco e cada vez menos utilizado por nós. Em contrapartida, pode ser estimulado e desenvolvido, como as nossas demais funções.

É exatamente isso que os artistas de circo desenvolvem ao máximo. Trapezistas, malabaristas, equilibristas, ginastas, todos aprimoram esse sistema ao extremo. Em maio, todos os anos, Glenn Doman dá um jantar de encerramento e faz um brinde às crianças que vivem num mundo insano e difícil, bem como aos seus pais, verdadeiros malabaristas que, de alguma forma, conseguem sobreviver a tudo isso.

Em nosso Centro, a programação vestibular gravitacional se baseia em estímulos ao sistema vestibular, traduzidos em movimentos. Utilizamos atividades vestibulares passivas e ativas, além de atividades gravitacionais^[10].

Quando ouvimos Glenn Doman descrever a importância da gravidade para os seres humanos, ele contou o caso de um paciente que, ao iniciar o trabalho de reabilitação, foi posto pela primeira vez de pé após vários anos na posição horizontal. A princípio, o paciente perdia os sentidos só em ficar sentado no leito. Ao ficar de pé (com o auxílio de aparelhos), saltavam fontes de sangue de seus dedos devido à fragilidade capilar de sua circulação periférica. Doman nos disse também que indivíduos que sofrem lesão ligada aos órgãos relacionados com o equilíbrio, como lesões cerebelares e do sistema vestibular, têm os movimentos sem coordenação (coreoatetoide), locomovem-se em qualquer posição em desafio à força de gravidade. Todo o corpo sofre a ação desses movimentos.

Um exemplo da ação da força de gravidade sobre nós eram as viagens aéreas no início da aviação comercial. Como os aviões não eram pressurizados, todos os movimentos da aeronave transmitiam-se diretamente ao sistema nervoso dos passageiros. Uma decolagem ou aterrissagem era algo inesquecível devido ao mal-estar que causavam, como náuseas e vômitos. O passageiro sentia seus efeitos vários dias depois da viagem.

Com base nesses preceitos, aceleramos o processo de reabilitação de vários pacientes. Ao trabalharmos seu centro vestibular, conseguimos

apressar e até mesmo criar equilíbrio entre seus corpos e a força gravitacional.

Quando se executa toda essa movimentação vestibular e gravitacional, enviamos ao cérebro de nossos pacientes vários tipos de estímulos, principalmente por meio dos receptores sensitivos do organismo, nas cinco áreas sensoriais: visão, audição, tato, olfato e paladar. E a que mais influi sobre o centro de equilíbrio é a visão. Com seus diferentes mecanismos de profundidade (3ª dimensão) e funcionamento das cores, além do estímulo do movimento sobre as células retinianas, a visão produz verdadeiros efeitos de movimento, quando na verdade não saímos do lugar, ou vice-versa. Ao observamos à distância o movimento de um avião, quando não há nada para nos orientar, pensamos que o avião está parado no ar. Porém, quando temos um ponto de orientação, percebemos sua velocidade. É possível, assim, desenvolver o centro de equilíbrio.

Nossas crianças são capazes porque são treinadas. Temos crianças que na braqueação (andar pendurado pelos braços, de barra em barra), um exercício que exige um equilíbrio e uma força muito grande contra a gravidade, parecem flutuar como as bailarinas e os beija-flores.

Agora, como vamos treinar o centro de equilíbrio da criança de apartamento? A criança do campo sobe em árvore, ribanceira, montanhas, cavalos... e na cidade? É para treinar o centro de equilíbrio que existe aquela parafernália toda nas praças, como escorregas, balanços etc. É uma maneira artificial, mas é uma maneira. Hoje há uma verdadeira epidemia de academias de ginástica, judô, rítmica, aeróbica, que ajudam o indivíduo a treinar sua coordenação e equilíbrio. Em nosso Centro, fazemos isso para que as crianças possam se desenvolver melhor em termos de fala, audição, visão e tudo o mais.

PERFIL GRAVITACIONAL

IDADE	REGIÃO DO CÉREBRO	RACIOCÍNIO	POSSIBILIDADE	MOVIMENTOS	EXEMPLO
72 meses	Córtex	Sofisticado	Correr em padrão cruzado. Aprende que a gravidade pode ser desafiada no espaço e desconhece o grau dos efeitos desta, exceto na posição de pé	No esforço para esta aquisição, experimentamos várias posições em diferentes planos e aprendemos que podemos lidar com os efeitos da gravidade em situações especiais	Ginasta
36 meses	Córtex	Compreensão	Andar em padrão cruzado. Sabe que pode desafiar a gravidade quando está em contato com o solo, mas não sabe como enfrentá-la com os pés fora do chão	Um esforço para adquirir mais mobilidade é feito quando aumentamos a velocidade do andar. Conforme a velocidade aumenta, o corpo deixa o solo. Aprendemos que podemos desafiar a gravidade no espaço por breves períodos de tempo	Corredor
12 meses	Córtex	Compreensão inicial	Andar. Sabe que a gravidade deve ser desafiada para andar, mas o faz de maneira precária. Andar com os braços abertos para ajudar a equilibrar	Aprende a desafiar a gravidade, se põe na posição de pé e anda. Entende que os braços podem ser usados para equilibrar o corpo contra a gravidade	
7 meses	Mesencéfalo	Nível significativo	Engatinhar. Toma conhecimento da força da gravidade, mas não sabe como enfrentá-la, exceto em 6 pontos de apoio	Aprende a colocar o corpo na posição quadrúpede e entende que para desafiar a gravidade necessita de grande mobilidade	Felinos
2,5 meses	Ponte de Varólio		Arrastar. Começa a ter noção espacial. Não sabe que a gravidade existe. Consegue se arrastar	Aprende que a gravidade existe da maneira motora pelas tentativas de se movimentar. Entende que deve resistir à gravidade para se movimentar voluntariamente e sobreviver	Salamandra
1 mês			Movimento de braços e pernas. Não tem noção espacial. Sem mobilidade	Aprende que o espaço existe quando levantados ou colocados no chão, sendo rotados e balançados pelos pais. Entende que a gravidade existe sensorialmente	

Há indivíduos que não têm boa locomoção por lesão no centro do equilíbrio. O álcool, por exemplo, causa uma lesão temporária no centro do equilíbrio no sistema nervoso central, prejudicando a visão e a fala. O mesmo pode acontecer com a água quando bebida em excesso.

A IMPORTÂNCIA DO CHÃO PARA A CRIANÇA

Para toda criança, e principalmente para aquelas que têm dificuldades de se movimentar, o chão é uma verdadeira bênção. É o lugar ideal para se manter alguém que não tem mobilidade. Vamos então manter nossas crianças o maior tempo possível no chão.

Quando não estiver comendo, fazendo sua higiene ou brincando no colo dos pais, o melhor para a criança é ficar no chão. Até mesmo para dormir, recomendamos o chão como cama. Um homem chamado Gessell estudou profundamente o desenvolvimento da criança normal, cunhando a frase que utilizo como bandeira: “O chão é o campo de treinamento da criança normal”.

Hoje se sabe que mesmo uma criança que nasça completamente normal, se não for para o chão, terá problemas. A pior coisa que se pode fazer a uma criança é colocá-la no cercadinho ou no voador.^[11] Aparelhos desse tipo são altamente nocivos ao desenvolvimento da criança, forçam-na a ficar de pé sem que esteja preparada para isso. Colocam a criança em desvantagem. O chiqueirinho ou cercadinho limita o desenvolvimento da criança, impedindo-o de exercitar sua capacidade de locomoção. A justificativa para seu uso é de que protege a criança, mas na verdade protege é o adulto de ter que ficar olhando para onde ela vai, em sua incessante exploração. “Não se preocupe, ela não pode fazer nada”, dizem. No fundo, é uma espécie de prisão, uma crueldade.

Outro ponto sempre lembrado aos pais é que a criança não deve ficar de barriga para cima (decúbito dorsal). Esta é uma posição antifisiológica, extremamente incorreta. O certo é ficar de barriga para baixo (decúbito ventral). O abdome de uma criança é totalmente desguarnecido. Não existe nenhuma estrutura óssea para protegê-lo, ficando a criança inteiramente vulnerável à agressão de um predador. Por trás, temos uma caixa óssea que protege o corpo. Os animais, principalmente os mamíferos, se defendem deitando-se sobre o próprio abdome, deixando de fora apenas as costas, que são fortemente defendidas pela coluna vertebral e os arcos costais (costelas). E nenhum animal anda com os pés para cima. O mesmo acontece com o homem. Assim, vamos manter nossas crianças de bruços. Essa atitude é *muito* mais fisiológica do que a rotina de colocar as crianças de barriga para cima. Uma criança nessa posição apenas movimenta seus braços e pernas, mas não consegue utilizá-los para se locomover, principalmente para erguer um pouco o corpo do chão e evitar o atrito.

Embora a criança, ao nascer, deva ser colocada de barriga para baixo, na maior parte das maternidades do Brasil e do exterior (exceções são os países orientais), os bebês são deitados de barriga para cima, pois fica mais fácil observá-los e trocar suas fraldas. Mais fácil para nós, é claro. Em seus primeiros meses de vida, a criança fica em uma gaiola chamada berço, de barriga para cima, para que, num relance de olhos, as mães, babás, enfermeiras possam avaliar se estão acordadas ou dormindo, satisfeitas ou insatisfeitas, ou ainda se respiram ou não *muito* bem.

Em termos de saúde, a criança que fica de barriga para cima pode ter sua vida em perigo. Se ela, por algum motivo regurgitar, ou se sua boca se encher de secreção, poderá aspirar tudo para seus pulmões, levando,

muitas vezes, ao próprio afogamento e, conseqüentemente, à morte. De barriga para baixo, a própria força da gravidade escorre o líquido para fora. Se ela tentar aspirar este líquido, será *muito* mais difícil, pois ele teria que subir. Além disso, muitas crianças se movimentam bem mais durante o sono do que quando acordadas. De bruços, a criança pode usar os braços, as pernas e até mesmo levantar a cabeça para girar em várias direções, coisa que não é possível quando está de barriga para cima.

Por isso que a melhor coisa para uma criança é estar no chão. Muitas vezes, o simples fato de colocar uma criança no chão já resolve seus problemas. Crianças que certamente viriam para nossa clínica, não vieram porque foram colocadas no chão, de barriga para baixo. Do mesmo modo, muitas estão conosco porque foram privadas disso. E foram privadas numa época em que isto era fundamental para o seu desenvolvimento, que ficou, assim, deficiente. Como o chão é frio, e muitas vezes sujo, os pais evitam colocar a criança nele. Em muitos casos, ela só consegue ter contato com o solo quando já sabe engatinhar ou andar, saltando etapas preciosas para o seu desenvolvimento neurológico, deixando, por exemplo, de se arrastar.

Às vezes, a criança sai do colo da mãe só para andar, embora exista uma evolução imprescindível. O desenvolvimento humano traça um caminho pelo qual passam todos os indivíduos. Essa evolução deve ser respeitada e seguida passo a passo. Quando, por algum motivo, o indivíduo salta uma dessas etapas, no futuro, certamente, esta lhe fará falta nas funções mais desenvolvidas.

Quando a criança nasce, ela só movimenta os braços e as pernas. Como já nasce com esses movimentos, no primeiro dia de vida, se for colocada de bruços, sairá do lugar. Todo pediatra conhece a experiência de deixar a criança, logo que nasce, de bruços sobre a barriga da mãe. Sozinha, ela vai até o seio em busca de alimento. Coloquei minha filha e minha sobrinha assim e elas foram se arrastando, imediatamente. Se mantivermos o bebê sempre nessa posição, ele se deslocará continuamente de um ponto a outro, desenvolvendo sua musculatura e evitando (como evita a maioria das crias) que, com o aumento de peso, não consiga mais se arrastar. O normal, no entanto, é a criança não se arrastar no primeiro mês. E por quê? Porque é colocada de barriga para cima. Logo, os problemas surgem. Ela ganha peso; às vezes, em um mês dobra de peso. Quando por fim resolvem colocá-la no assoalho, ela não tem musculatura para movimentar o peso de seu próprio corpo. E temos então uma criança que só começará a

se arrastar com quatro ou cinco meses. Por isso é tão importante colocá-la no chão logo nos primeiros dias de vida. No primeiro dia mesmo já é possível começar a se arrastar.

Todas as mães e pais devem ter consciência disso e tirar o berço do quarto, transformando todo o chão em cama. Basta forrar tudo com uma napa de uns cinco centímetros de espessura e pronto. Fica macio, gostoso para os movimentos de arrastar e mais tarde, engatinhar. Quando alguém entrar no quarto, basta tirar os sapatos.

Assim, crianças que nunca se movimentaram são deixadas em um ponto e encontradas noutro. É muito comum se deixar uma criança dormindo num ponto do berço e encontrá-la longe dali, às vezes toda retorcida e enroscada nas grades. Ora, já que a criança se movimenta mesmo quando dorme, o ideal para ela é dormir no chão. Se este for sujo, a gente limpa; se for frio, aquece-se. O chão é o maior amigo do desenvolvimento humano, imprescindível na vida de qualquer criança.

ATIVIDADES MOTORAS

Diferentemente de muitos animais que já saem andando quando nascem, o ser humano primeiro se arrasta, em seguida engatinha, para depois ficar de pé, andar e correr.

Arrastar-se

O que fazer com uma criança que, embora vá para o chão, não se movimenta?

Em nossa clínica, utilizamos um aparelho chamado Plano Inclinado, que se baseia no velho ditado “pra baixo todo santo ajuda”. Esse aparelho é uma espécie de escorregador, onde a criança é colocada voltada para baixo. Sua inclinação é regulável, facilitando ou dificultando a movimentação.

A finalidade do Plano Inclinado é mostrar à criança como ela tem que fazer para se movimentar. Sua superfície deve ser feita de madeira superpolida para que possa escorregar.

Sugerimos que a criança desça várias vezes por dia o Plano Inclinado, que costuma ter de três a sete metros de comprimento. Ela deve levar, no máximo, um minuto para chegar ao chão. E não se deve alterar o Plano assim que a criança cumprir sua meta. É preciso transformá-la numa vitoriosa, e não numa fracassada. Deixemos que sinta o prazer de *conseguir*, demonstrando nossa satisfação com o seu desempenho. Quanto mais oportunidades oferecermos a uma criança para se locomover, mais rapidamente ela aprenderá.

Outro ponto importante é não colocar a criança imediatamente de volta no aparelho, uma vez que tenha atingido o chão. Temos de lhe dar a chance de usar o plano horizontal para que empregue o que aprendeu no Plano Inclinado. E quando ela estiver se arrastando uma média de 30 metros no chão, pode dispensar o aparelho.

Para ensinar a criança a se movimentar, há ainda o programa sensorial que chamamos de Padronização. Em vários níveis e tipos, é feito em série, durante até cinco minutos, por três ou cinco pessoas. No mínimo, três: uma segura a cabeça; outra, num braço e numa perna; e a terceira fica com o outro braço e a outra perna. Faz-se então um movimento com essas partes, como se a criança estivesse se arrastando.

Com isso, enviamos uma mensagem ao cérebro da criança, mostrando como ela deve fazer para se movimentar. O idealizador da Padronização, Glenn Doman, diz que é uma cirurgia sem sangue, pois interfere no cérebro sem abri-lo, de fora para dentro. Atua-se sobre o cérebro, fornecendo-lhe um padrão de movimentos.

Temos três tipos de padrão. O primeiro é o troncular, quando movimentamos apenas o tronco e a bacia. O segundo, o homolateral, com movimentos de braço e perna de um lado, e depois o outro, sendo que a cabeça deve estar sempre voltada para a mão que vai à frente (a mão que deve ser olhada). Enquanto um lado dobra, o outro estica. A Padronização deve ser feita em uma mesa para que as pessoas envolvidas não tenham que dobrar o corpo. A terceira Padronização é a cruzada, quando um braço vai à frente e a perna do outro lado é que se movimenta, cruzando, à maneira de engatinhar. No caso de a criança ser muito rígida, cinco pessoas trabalham nela: uma em cada braço, uma em cada perna e outra só para a cabeça. Em todos os casos o exercício deve ser feito durante até cinco minutos.

Embora seja um exercício que dá sempre ótimas respostas, é também o mais difícil, dado a necessidade de vários auxiliares. Irmãos pequenos e crianças da vizinhança são muitas vezes melhor padronizadores do que adultos. O importante é recrutar. Já vi grupos de até duzentos padronizadores. Cada grupo ia em dia e horário diferentes. Escoteiros, pessoal da igreja, todos podem ajudar. Não é fazendo o possível que se consegue o impossível.

Pesquisas realizadas em nossos Institutos, tanto no Brasil quanto nos Estados Unidos, mostram que se uma criança consegue se arrastar 300 metros por dia, tem capacidade de ficar de quatro para engatinhar. Geralmente, ela consegue isso antes dos 300 metros, mas achamos essa distância o ideal. Esse é o nosso objetivo com a prática de arrastar: atingir 300 metros e começar a engatinhar.

Há vinte e cinco anos, realizamos uma maratona para as nossas crianças ou qualquer pessoa que queira competir, utilizando os exercícios propostos na programação motora. A competição do arrastar é assim: a criança se arrasta por quatro horas, tendo um intervalo de cinco minutos a cada hora. Nesses cinco minutos, temos a impressão de estar realmente num ambiente esportivo: troca de joelheiras, curativos nos cotovelos, água, banheiro, enfim, tudo o que se faz num intervalo olímpico. Talvez vocês não saibam, mas é muito mais difícil do que se imagina se arrastar por quilômetros.

Com base em relatórios feitos pelos pais, sabemos o quanto a criança se arrastou nos últimos seis meses. Volta e meia recebemos relatórios informando sobre crianças que se arrastaram 1.500 metros. Depois disso, a criança tem que ficar de quatro para começar a outra etapa: engatinhar. Alguns problemas, no entanto, podem surgir ainda na fase de arrastar. Por exemplo: a criança é colocada no chão para se arrastar e, imediatamente, ela se vira de barriga para cima. Pronto, não vai mais a lugar nenhum. E como fazer para que ela continue se arrastando? Há um artifício, ou equipamento, usado por nós que costuma dar certo. Chama-se Asa e trata-se realmente de uma asa feita em alumínio para evitar que a criança vire de barriga para cima. O equipamento é usado apenas durante alguns dias para descondicionar a criança do hábito de virar, criando nela outro, o de ficar de bruços e se locomover.

Outro problema que pode surgir com a criança que já sai do lugar é simplesmente empacar por estar acostumada a ter todas as suas vontades

satisfeitas. Não se movimenta. Para essa criança, mimada ao extremo, habituada a chorar e conseguir tudo o que deseja, o remédio é o que chamo de programa de frustração. Todos sabem que não é elogio algum chamar alguém de frustrado. Paradoxalmente, no entanto, é a frustração que nos impulsiona, muitas vezes, a progredir e ir em frente. Temos que lutar pelas coisas, e não ficar com medo de tudo. Quando sentimos que algo não nos satisfaz, frustrando nossas expectativas, adquirimos força para lutar pelo que queremos, superando nossas dificuldades e, conseqüentemente, nossas próprias frustrações.

Se colocarmos uma criança no chão e dissermos “se você quiser me ver é só vir até a mim”, a primeira coisa que ela vai fazer é chorar. Mas se ninguém aparecer, vai acabar parando. Mesmo que isso demore um pouco, vai olhar para cima, para os lados, observar os objetos ao seu redor e, provavelmente, dormir. Quando acordar, vai mais uma vez abrir o berreiro, e ninguém aparece. Ela então fica realmente preocupada, reúne todas as suas forças e vai até o seu objetivo, ou se esforça em tentar. Nessa hora, os pais devem correr para ela, pegá-la no colo e fazer uma festa daquelas, demonstrando claramente e dizendo o quanto foi bom o que acabou de fazer: “Amanhã, você já sabe, quando quiser me ver, é só vir até onde estou”. Essa é a regra do jogo. Este é o programa de frustração. Em muitos casos, funciona. Crianças que nunca haviam saído do lugar, saíram com esse simples programa.

A orientação que damos aos pais em nossos Institutos é de ir aos poucos, de metro em metro, podendo chegar a 300 metros por dia. Perseverança é uma palavra muito importante. Vale a pena insistir.

Engatinhar

Dentro do programa de mobilidade, depois do arrastar, passamos para a etapa de engatinhar. Entre as duas atividades, há uma diferença fundamental: a força de gravidade. Ao nos arrastarmos, estamos colados no chão; quando engatinhamos, saímos dele. Para isso, precisamos de força e equilíbrio. Todo o esqueleto estará apoiado nos joelhos, mãos e pés. Nosso centro de equilíbrio é o responsável por ficarmos em posições que normalmente nosso corpo não assumiria. Para desenvolvê-lo, trabalhamos com um tipo de atividades que chamamos de “vestibulares”,

que podem ser ativas e passivas. São atividades que trabalham nosso centro de equilíbrio.

As vestibulares passivas são muitas. Andar com a criança no colo. Niná-la, balançando para frente e para trás, para cima e para baixo. O movimento de rodopio, girar sobre os pés com a criança no colo, nas costas ou nos ombros. Segurá-la pelos pulsos e tornozelos e balançá-la. Segurar por um tornozelo e por um pulso do mesmo lado e girar ou balançar a criança; ou fazer a mesma coisa com duas pessoas, uma segurando pelos pulsos e outra pelos tornozelos. Para as crianças isso é uma brincadeira. Elas adoram. Usamos ainda a cadeira giratória, a montanha russa e o círculo vertical (semelhante ao dos atiradores de facas). Movimentamos o seu corpo em todas as direções, treinando assim o seu aparelho vestibular.

Quando a criança tem uma musculatura mais desenvolvida, seguramos somente pelos braços e fazemos com que ela gire. Jogar a criança para cima é também uma atividade vestibular, como também é segurar a criança de cabeça para baixo pelas pernas. Para cada problema, há uma técnica a ser utilizada.

Para desenvolver o sentido gravitacional, dependuramos o paciente com as mãos numa barra, de cabeça para cima, na posição positiva; e com a cabeça para baixo, pelos pés, na posição negativa. Colocamos a criança em uma plataforma horizontal oscilante, levando-a às mais diversas posições, de cabeça para cima e para baixo.

Se a criança não consegue firmar o pescoço, há uma proteção de espuma, tipo colarinho de palhaço, para que não fique com um movimento muito amplo, evitando maiores problemas.

As atividades vestibulares ativas são aquelas que podem ser feitas, sem auxílio, pelo próprio indivíduo, como cambalhotas, rodopios etc. São ótimas para todas as crianças. Para resultados melhores e constantes, o programa vestibular deve ser feito no mínimo com nove atividades, durante um minuto cada, cinco vezes ao dia, em um total de quarenta e cinco minutos por dia.

Exemplos de atividades ativas são: andar segurando objetos; rolar; cambalhota para frente e para trás; gangorra; andar em terrenos acidentados, longas distâncias, em diferentes direções, sinuosas; andar na ponta dos pés, calcanhares, na corda, em muros etc.

Terminamos aqui a apresentação das principais técnicas Programa Básico do Chão (programa Básico de Organização Neurológica). As crianças muito pequenas, bem como aquelas com dificuldade de movimentação, certamente têm que passar por cada uma das etapas descritas até aqui. Do Plano Inclinado às atividades vestibulares, tudo tem que ser feito para que se possa chegar depois às atividades vestibulares mais sofisticadas, como a cadeira giratória, a cambalhota, o escorrega, o balanço etc.

No Programa Primário de Mobilidade, que vem a seguir, partimos de uma criança que já se arrasta 300 metros por dia e começou a engatinhar. O nosso próximo objetivo é engatinhar 1.600 metros. Em termos de engatinhar, esta distância representa uma dificuldade considerável. A maioria dos leitores não conseguiria tanto. Da mesma forma, garanto que as crianças que passarem pelo nosso programa podem engatinhar essa distância em seis meses.

Certa vez, numa palestra no Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, uma mãe, ao me ouvir dizer que o filho dela teria que se arrastar 300 metros, engatinhar 1.600 metros e correr cinco quilômetros, levantou e, irônica, disse: “Assim ele tem mesmo que ficar bom, não é, dr. Vêras?”. Minha resposta foi simples, como simples seria para cada um dos leitores que me fizesse essa pergunta: “Não é isso que a senhora quer?”.

Desta forma, 1.600 metros por dia é a meta média para engatinhar. É evidente que não se pode querer que a criança engatinhe essa distância no primeiro dia. Este é o objetivo a ser alcançado, e não o ponto de partida. Exatamente como fizemos com o arrastar, no engatinhar vamos chegar gradualmente aos 1.600 metros.

Na nossa maratona de agosto há também a prova de engatinhar, feita nos mesmos moldes da atividade de arrastar: quatro horas divididas em quatro, com cinco minutos de descanso entre elas. Quando a criança já estiver engatinhando 1.600 metros por dia, ela terá condições de ficar de pé e andar. Na passagem da fase de engatinhar para a de ficar de pé, a criança tem novamente que passar por atividades vestibulares. Não como aquelas já descritas, são agora atividades bem menos passivas.

Na posição de pé, mais de duzentos ossos são sustentados pelos pés, diferindo radicalmente da posição de engatinhar. Na passagem da fase do engatinhar para a de ficar em pé, a criança tem novamente que passar por atividades vestibulares bem menos passivas, já com uma maior

participação dela, por exemplo: balanço; enroscar a corda (ou corrente) e soltá-la depois, produzindo o mesmo efeito da cadeira; escorrega; pendurar a criança de cabeça para baixo; cambalhota; fazer *parada* (ficar de cabeça para baixo apoiado nas mãos); e muitas outras atividades. Melhoramos assim as condições de coordenação e equilíbrio da criança, ajudando-a a ficar de pé e andar.

Ficar de pé e andar

Continuando o Programa Primário de Mobilidade, chegamos a um ponto em que o indivíduo quer ficar de pé, libertando-se da posição de quatro. Nossos ancestrais, para passar da posição quadrúpede para bípede, utilizaram os galhos das árvores. Em nosso Centro, criamos uma réplica dos galhos, uma escada na horizontal. Chamamos esta atividade de braqueação, que significa andar com os braços. A criança aprende a ficar pendurada nos degraus da escada, que pode ser colocada na altura que melhor nos aprouver.

No começo, só tem que ficar pendurada durante um minuto; depois, de um a cinco minutos. Isso, durante o arrastar. Quando começa a engatinhar, ensinamos a criança a trocar de mão, segurando no degrau da frente. Ida e volta, dando início realmente à braqueação. Seus pés não podem tocar no chão. A partir daí, o objetivo será dar vinte voltas numa barra de 3 metros.

No início, deve-se dar somente uma volta, ou ficar apenas pendurado, seguindo-se progressivamente até os níveis exigidos. O recorde mundial de braqueação, conquistado por uma criança do Canadá, são cinquenta e duas voltas numa barra de 7 metros, sem parar. Até pouco tempo atrás, o recorde era de uma criança brasileira, de Barbacena, Minas Gerais, que deu quarenta e nove voltas. Tudo isso faz parte de nossa maratona anual.

Antes de andar, ainda na fase de engatinhar, a criança pode aprender a sentar, a fazer disso um hábito, como virar de barriga para cima no arrastar. Também aqui temos um artifício, uma espécie de *aparelho de não sentar*, se é que se pode falar assim. É apenas um saco cheio de isopor, preso à bundinha, que impossibilita o ato de sentar sobre o chão e as pernas.

Mas voltemos a nossa criança, que já está de pé, braqueada e pronta para o programa de andar. Sua primeira meta é caminhar 1.500 metros. Há um erro que não devemos repetir, tendo já ocorrido com um pai do Espírito Santo. Ele fez seu filho andar 1.500 metros no dia em que andou pela primeira vez. Gastou a sola dos pés da criança. Mais uma vez repetimos: 1.500 metros é o objetivo final não o ponto de partida. Este objetivo encerra o Programa Primário de Mobilidade.

Correr

Nosso programa de iniciação à corrida, na verdade, é uma tática de organização cortical. Nossa primeira meta foi que a criança se arrastasse 300 metros; depois, engatinhasse 1.600 metros; braqueasse vinte voltas; andasse 1.500 metros; e agora, por fim correr.

Para tal, a criança deve, antes de mais nada, andar de 3 a 5 quilômetros, correndo 10 metros dentro dessa distância, sem parar. Em nosso trabalho, damos muito valor às vitórias, e consideramos correr 100 metros sem parar, dentro de uma caminhada de 3 quilômetros, uma vitória. Temos a vitória da visão, quando ela começa a ver; a da linguagem, quando começa a falar; a do engatinhar; a do andar etc.

Começamos, porém, de baixo, pedindo a ela que corra apenas 10 metros por dia, dez vezes; depois, 20 metros, cinco vezes; e assim por diante, até chegar aos 100 metros. Essa é a iniciação à corrida, dentro do programa de mobilidade, atingindo as atividades vestibulares ativas.

Para realizar a última fase das atividades vestibulares, utilizamos a trave de equilíbrio. Trata-se de uma madeira de mais ou menos 10 centímetros de largura, colocada em meio a tijolos, ou a qualquer outro apoio. A criança deve atravessar de um lado para o outro. Os praticantes de ginástica olímpica conhecem bem este exercício. Os capoeiristas também costumam sair-se bem na trave.

Basicamente, para as atividades vestibulares ativas, usamos a cambalhota, a estrela, subir ladeiras, escadas na vertical, subir em corda, descer por um cano ou corda, saltar em distância e em alturas. Usamos também abrir e girar com os braços abertos e diversas outras coisas que visam o desenvolvimento do equilíbrio, obrigando o indivíduo a trabalhar

sua coordenação motora. O programa de iniciação à corrida está aberto dentro deste plano.

MOTIVAÇÃO E APOIO

Nenhum de vocês, porém, deve ter a ilusão de que irá pedir para a criança andar 3 quilômetros e ela irá obedecer e andar sozinha. Alguém tem que fazer a programação com ela. Se um pai ou uma mãe quiser que seu filho engatinhe, por exemplo, tem que ir para o chão junto com ele. Tudo tem que ser assim. Peça a um irmão para fazer também. São motivações para a criança. Não adianta mandar a criança se arrastar e ir conversar com alguém, perguntando de vez em quando se ela já se arrastou. É preciso dizer: “Olhe como a mamãe faz, tente também”. Há que ser uma pessoa com força e energia para motivar a criança e não fazê-la desistir.

Por exemplo, quando se vai colocar a criança para correr é bom comprar um tênis de corrida, roupa de atleta etc. Tudo isso é muito estimulante. Além do mais, não dá para correr 5 quilômetros com um sapato apertado. Vai encher o pé de bolhas e impossibilitar o exercício no dia seguinte. Uma roupa especial transmite mais o espírito da coisa. Pode-se ainda criar um gráfico ou uma premiação especial. Tudo é motivação para o programa de mobilidade.

De repente, o objetivo foi atingido. Nesse dia, fazemos uma festa, chamamos amiguinhos, vamos ao shopping, vamos pescar, tudo para que haja motivação para prosseguir. Fazer tudo, todos os dias, só por obrigação é muito difícil. É preciso ter uma criatividade muito grande, além de bolar novos desafios para a criança vencer. E reparem que não é para ela perder, e sim para vencer. Muda-se inclusive o local da programação, a ordem dos exercícios, tudo é válido. Todos os detalhes são importantíssimos.

Apesar de todo o cuidado, apesar de procurarmos estimular a criança de todas as maneiras, muitas vezes ela demonstra estar saturada de alguma atividade. Nesses casos, temos que fazer um intervalo. É interessante observar que, quanto mais gente estiver envolvida com a programação, melhor. Nem todos podem fazer isso todos os dias, horas e horas a fio. Mas todos têm algum horário disponível, alguns dias por semana.

Assim como fazemos nossa maratona anual, vocês podem criar pequenos campeonatos em casa. Os prêmios podem ser inventados, de

acordo com o que a criança goste. O importante é criar motivação para prosseguir com as tarefas. Todos gostam de ganhar medalhas por fazer algo melhor do que os outros. Existe uma vaidade boa, essa de se sentir melhor em algo, com uma vocação especial. Se a criança vence um adulto, a motivação é maior ainda. Os pais devem inscrever seus filhos em competições comunitárias, em clubes, corridas rústicas e tudo o mais. Hoje em dia, há em todo o mundo um número bastante significativo de crianças fazendo a nossa programação. Ela é feita em casa, com a ajuda de locais como a escola (que tem um ginásio), o clube etc. Até corporações militares já cederam suas instalações para ajudar. Três vezes por semana, nossa criançada aqui do Centro de Reabilitação vai ao Forte de São João, na Escola de Educação Física do Exército, na Urca, onde utilizam as pistas de atletismo e corrida. Em Diamantina, um quartel da Polícia Militar não só cedeu suas instalações, como também pessoal para trabalhar na programação. Universidades, igrejas, todos podem ajudar. Para uma programação como a nossa, os pais são fundamentais, mas são poucos. Há em Curitiba uma nova ideia de instituição que é um verdadeiro modelo a ser seguido: uma cooperativa de pais. Há espaço, pista e todo material necessário. Mas os pais é que vão lá e utilizam tudo para suas programações, ajudando uns aos outros. Assim, não é necessário que cada pai construa um plano inclinado, uma escada, uma trave e assim por diante. Esse é o nosso ideal institucional. Uma espécie de praça de esportes. Curitiba é nossa primeira experiência. Lá existe todo o material, lugar para se arrastar, engatinhar, fazer braqueação, trave de equilíbrio etc. E o mais importante é que não existem técnicos.

Excelência física

O objetivo final da programação não é que a criança ande 3 ou 5 quilômetros e dê uma corridinha de 100 metros, e sim que ela corra 5 quilômetros. Aí já estaremos no programa final, denominado de excelência física. Nesse ponto, nosso objetivo é mais ambicioso: partir de uma criança que sequer se movimenta e chegar à excelência física, à forma física total, como qualquer atleta. Como o próprio nome já diz, excelência representa estar acima da média. E reparem que nossa criança, quando começa, geralmente está bem abaixo dela, desacreditada por todos.

Para muita gente, é um absurdo falar em excelência física, tratando-se de crianças com lesão cerebral. Nossos objetivos, porém, são as excelências físicas, intelectual e social. Realmente é muito difícil partir de uma criança com lesão cerebral e chegar à excelência. Mas não é impossível, e conseguimos, muitas vezes, o suficiente para acreditar cada vez mais em nosso trabalho.

Nesse momento, muitos leitores devem estar pensando que eu quero fazer de seus filhos verdadeiros super-homens, ou estão questionando o porquê de se querer crianças tão bem físicas e intelectualmente. Creio que, se é difícil para vocês entenderem isso, mais difícil é para nós entender a pergunta. Afinal, se vivemos num mundo competitivo, por que não querer ser o melhor, ou estar entre os melhores? Não vamos ter como objetivo ficar aquém dos outros. Se assim fizéssemos, nossa estimulação não teria tanto sucesso, nem acumularíamos tantas vitórias.

E sabemos que não vamos conseguir sempre, principalmente as excelências a que me referi (física, intelectual e social). Mas esse é o nosso objetivo. Não queremos “ensinar a criança a viver com o problema”. Somos um pouco mais ousados. Acreditamos e queremos chegar bem mais além. Dá trabalho, mas vale a pena.

Para atingir a excelência física (que pode ser buscada desde o arrastar), aumenta-se a distância e diminui-se o tempo. Esse é o segredo. Consegue-se assim maior destreza. Para a excelência, é preciso que a criança se arraste 600 metros por dia, ou engatinhe 4 quilômetros. Em alguns dias, se faz velocidade; em outros, resistência.

Em alguns casos, damos a programação para a semana com a distância determinada, deixando por conta da criança o tempo e a distância a serem percorridas por dia. O importante é fechar a semana com todo o percurso feito, no menor tempo possível. O mesmo ocorre com a braqueação ou qualquer outra atividade. Em relação ao andar, pedimos 5 quilômetros por dia, fazendo-se uma caminhada de 15 quilômetros, uma vez por semana. Nesse dia, a criança não fará nada da programação, só a caminhada.

A criança que, com mais de 6 anos, consegue correr 5 quilômetros em trinta minutos (ou perto) é por nós considerada em estado de excelência física; se tem entre 3 e 6 anos e corre a mesma distância em quarenta e cinco minutos (ou perto), idem. Esse programa é terminal para nós. Enquanto os outros têm avaliação semestral, este é semanal. E sua duração é também de seis meses, no mínimo.

Algumas crianças chegam ao objetivo em menos de seis meses, enquanto outras demoram um pouco mais. Isso é absolutamente normal, e os pais, a qualquer momento, podem entrar em contato com a Clínica de Reabilitação Nossa Senhora da Glória para tirar dúvidas ou se informar sobre alguma meta atingida.

No programa de excelência física, há uma maratona de 18 quilômetros de corrida. Já tivemos crianças em nossa clínica que chegaram a percorrer essa distância em cerca de uma hora e meia, num nível alto de preparo e resistência. Correram do início da Barra da Tijuca ao Recreio dos Bandeirantes.

Outro ponto importante do programa de excelência física é que nele começamos a integrar a criança ao ambiente normal. Sugerimos que ela faça ginástica olímpica numa academia ou clube, uma ou duas vezes por semana, para que, em vez de fazer a programação, faça outros movimentos, acompanhada por outras crianças. Também a natação é recomendada, além da bicicleta, muitas vezes utilizada no lugar das caminhadas. Lutas marciais podem ser praticadas, sendo que nós, no Brasil, temos a bela opção da capoeira, combinando o aspecto de luta com a dança, o ritmo, a música, exigindo grande destreza de seus praticantes. Neste aspecto, a capoeira se enquadra perfeitamente com os objetivos de nossa programação. Balé e dança também. Todos integram a criança à sociedade, ponto de chegada de nosso longo programa.

Ontogenia e filogenia

Ontogenia significa desenvolvimento do ser humano. Filogenia quer dizer desenvolvimento animal. Daí dizermos que a ontogênese repete a filogênese, ou seja, o desenvolvimento humano repete o desenvolvimento da escala zoológica. A ontogênese estuda o ser humano desde a união do espermatozoide com o óvulo até o dia de sua morte.

Darwin estudou o desenvolvimento animal e concluiu que a vida na Terra surgiu dentro da água. A superfície do nosso planeta é formada por três partes de água e uma de terra. Nós passamos os primeiros nove meses de vida dentro da água.

Os peixes foram os primeiros seres vivos sobre a Terra. Depois a vida se desenvolveu fora da água, e os animais que surgiram nesta etapa foram

os répteis, arrastando o corpo com grande atrito. O homem também passa por esta fase, arrastando-se da mesma forma.

A nosso ver, portanto, o desenvolvimento do sistema nervoso do homem repete a evolução animal. A natureza fez, na escala zoológica, várias experiências para aprimorar o desenvolvimento humano.

ESTIMULAÇÃO SENSORIAL

Vamos tratar agora das funções sensoriais. Passaremos em revista o estímulo sensorial e sua importância para o ser humano. A princípio, podemos afirmar que o sensorio precede o motor, o que significa dizer que as funções sensoriais vêm antes das funções motoras. Primeiro você sente, depois reage.

As informações do meio ambiente chegam ao nosso cérebro pelos cinco sentidos: visão, audição, tato, olfato e paladar. Eles é que levam a informação ao cérebro para que possamos reagir ao meio em que estamos. O cérebro examina as informações, memoriza tudo e elabora uma resposta, geralmente enviada pelas vias motoras, que são vias de expressão por excelência.

Duas dessas funções podem ser reputadas como mais importantes: visão e audição. Cerca de 60% de tudo que chega a nosso cérebro, chega pela visão, ficando 20% com a audição e os outros 20% com o tato, olfato e paladar. Essas funções trabalham interligadas e, quando associadas, funcionam melhor. É bem mais fácil memorizar algo de que temos a visão, a audição e o tato, do que algo de que temos somente a visão, por exemplo. Para se guardar bem uma coisa, nada melhor do que associar os canais sensoriais. Mas vamos dissecar um pouco as cinco vias.

VISÃO

Quando o ser humano nasce, seu sistema ocular já está preparado para funcionar; porém não funciona. E como desenvolvê-lo? Em primeiro lugar, precisamos de luz. O principal estímulo visual é exatamente a luz e o contraste claro e escuro que, na prática, significa acender e apagar a lâmpada do local onde se está.

Assim desenvolvemos o reflexo pupilar. A pupila (menina dos olhos) funciona como a lente de uma máquina fotográfica, que aumenta e diminui de tamanho, permitindo maior ou menor entrada de luz. Quanto mais escuro, mais ela abre; quanto mais claridade houver, mais se fecha. Tudo de acordo com a nossa sensibilidade ao estímulo luminoso.

Entrando pela pupila, a luz atravessa a lente do olho (cristalino) e chega a uma estrutura nervosa no fundo do olho, a retina. Essa estrutura, na verdade, é somente um ponto, conhecido como mácula. Ali o estímulo é transformado em impulso elétrico e segue pelo nervo ótico até o cérebro. Segundo os pesquisadores, o lóbulo occipital, região posterior do cérebro responsável pela visão, é a região mais importante do nosso *computador central*. Lá o impulso elétrico é transformado e decodificado, voltando a ser imagem. Todo esse percurso é que possibilita a nossa visão.

Muitas vezes, no entanto, o globo ocular apresenta problemas, como alterações na sua curvatura, gerando miopia ou hipermetropia. Há ainda a catarata, uma película que embaça o cristalino e impede parcialmente o raio luminoso de passar. Isso perturba a visão, criando um problema que pode ser resolvido cirurgicamente.

O olho é como uma câmara de televisão; capta as imagens, mas não enxerga. Após chegar à estrutura nervosa, o estímulo luminoso segue pelo nervo ótico, o qual, no entanto, pode não estar mielinizado. Mielina é uma bainha que cobre o nervo ótico (como cobre todos os nervos do nosso corpo) e permite que o estímulo passe.

Esta bainha de mielina aparece no ser humano a partir do estímulo que passa pelo nervo, ou através de qualquer um dos órgãos humanos. O nervo ótico, porém, pode ter sido atacado por um vírus, de forma traumática. Uma vez danificado o nervo, a visão não é mais possível. A pessoa pode ter um globo ocular íntegro, mas se o nervo ótico não funciona, nada feito.

Depois de passar por todo o processo, a imagem chega ao cérebro, que é quem vê realmente, realizando a função visual. Ele decodifica o estímulo elétrico e o transforma em imagem. Mas o cérebro também pode estar danificado, como em crianças com problemas de rubéola ou toxoplasmose. Muitas vezes, já nascem cegas, ou ficam assim devido a problemas na hora do parto. Se a criança fica muito tempo na incubadora, com alta pressão de oxigênio, sua função visual também pode ser prejudicada.

Assim, muitas vezes é o cérebro que está danificado, e como consequência o indivíduo não vê. Porém, acreditamos que se o estímulo

for repetido muitas vezes, com alta frequência, alta densidade e baixa duração, outras áreas do cérebro podem assumir aquela função. É nesse sentido que orientamos nosso trabalho.

Muitas crianças chegam a nós com um laudo de atrofia do nervo ótico, com a consequente afirmativa de que são cegas. É isso que muitos oftalmologistas dizem nesses casos, acrescentando que a cegueira é irreversível. Com seis meses, um ano de estimulação visual, no entanto, essas crianças voltam a enxergar, e muitas aprendem a ler logo em seguida.

Esse milagre é ciência e vem se repetindo há muito tempo, tanto no Instituto de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, quanto nos Institutos da Filadélfia. Acreditamos que isso acontece com estímulo, trabalho e força de vontade. Não é uma coisa fácil, mas é possível. E não em todos os casos, mas em muitos.

Quando o problema é no cérebro, devido à sua grande capacidade de recuperação, podemos criar novas áreas que substituam as atingidas por possíveis lesões. E como conseguimos isso? Com uma lâmpada de 1.000 watts, que é acesa durante um segundo e apagada durante cinco. Isso é repetido dez vezes, completando um minuto. Esse minuto deve ser repetido pela família umas cem vezes por dia, alcançando alta intensidade, alta frequência e baixa duração. Com essa programação, temos conseguido ótimos resultados.

Quando o indivíduo já enxerga, mas não muito bem, tem o que chamamos de *visão em nevoeiro*. É como se visse tudo fora de foco, sem detalhes. Esse tipo de visão corresponde à segunda etapa do desenvolvimento visual, pois a criança quando nasce não enxerga, apenas reage à luz, tem somente o reflexo pupilar, mais nada.

Numa terceira fase, passamos a ver, só que duas imagens: uma com cada olho. Não há ainda convergência visual, adquirida no momento em que se juntam as duas imagens, gerando noção de profundidade e uma terceira dimensão. Isso é tão mais importante quanto o fato de a maioria das crianças com problemas de aprendizado na primeira infância não possuírem ainda a capacidade de unir as duas imagens numa só. Sem binocularidade, é impossível aprender. Quando o indivíduo olha para a folha de papel, vê tudo duplicado, tornando a leitura algo lento e torturante.

Se os olhos não estiverem bem centrados, não há convergência possível. Nesses casos, o próprio cérebro joga o olho com problemas para fora, tirando-o do campo visual. Daí o estrabismo, que muitas vezes está ligado à função cerebral. O próprio cérebro faz o estrabismo. Quando não consegue tirar o olho do campo de visão, ele cria uma coisa chamada ambliopia, que é o desligamento funcional do olho, para que o outro possa enxergar corretamente. Isso é muito perigoso, no entanto, pois o órgão, sem função por muito tempo, pode atrofiar. Como sabemos, a função determina a estrutura. Se o olho não é usado, pode acabar inutilizado.

Para saber se há convergência ou ambliopia, basta aproximar um objeto da ponta do nariz e observar os olhos. Se eles saltarem, é porque não há convergência. No caso da ambliopia, basta tapar um olho de cada vez e tentar ver com o outro. Se enxergamos com os dois olhos, é porque está tudo bem. Muita gente, ao fazer esse teste, descobre que não usa um dos olhos. Tanto um quanto outro problema devem ser corrigidos o mais rápido possível.

Uma das coisas mais importantes para o desenvolvimento da convergência visual é o ato de engatinhar. Engatinhar é uma das formas que o ser humano tem para organizar sua visão. Mesmo que a pessoa já ande, que tenha desenvolvimento muito bom nessa área, mandamos ela engatinhar, caso tenha problemas de convergência visual. Para organizar a função e o mecanismo visual, nada melhor do que engatinhar. Quando se atinge a convergência, já há capacidade de leitura, atividade que completa o desenvolvimento visual.

Engatinhar organiza a visão da mesma forma que organiza todo o sistema nervoso. Esse importante sistema tem vários níveis: medular, de mesencéfalo, de ponte de Varólio e, dentro do nível cortical, várias gradações. A organização da convergência visual está na passagem do nível de mesencéfalo para o cortical, passagem que é feita ao se engatinhar. Acreditamos que isso se dê devido à coordenação de movimentos de braços, pernas, a mão que vai à frente, a que fica, com os olhos coordenando tudo. Esse exercício é chamado por nós de proprioceptivo, que é quase como um estímulo de fora para dentro.

Assim, o ser humano nasce pré-programado, de modo que o desenvolvimento do seu sistema nervoso central ocorra. Há etapas nesse desenvolvimento que ele tem de cumprir, das quais engatinhar é a mais decisiva.

AUDIÇÃO

É a segunda função mais importante do ser humano. Nosso ouvido é o microfone que capta as informações do meio ambiente. Quando somos bebês, o ouvido capta apenas os sons mais fortes, sons ainda sem significado algum, que penetram no ouvido e vão até o tímpano, onde os ossinhos martelo, bigorna e estribo vibram com o estímulo sonoro.

A membrana timpânica transmite então, como se fosse um tambor, o impulso sonoro, já transformado em impulso elétrico, que segue pelo nervo auditivo até o cérebro. Como a visão, é também no cérebro que o estímulo sonoro é interpretado. É o cérebro quem ouve.

A audição, desta forma, repete o processo da visão. O ouvido é um microfone que capta os sons, que são transformados em impulsos elétricos e enviados ao cérebro através do nervo auditivo. No cérebro, o impulso é decodificado e “ouvido”. Lá ele ganha sentido, se torna inteligível para o ser humano.

A exemplo do processo visual, o recém-nascido já reage aos sons. Um som mais forte, como uma batida na porta, um sino, uma sirene, uma campainha, faz com que a criança reaja, geralmente se encolhendo. Esse mecanismo é conhecido como reflexo de Moro. É importante fator de defesa e sobrevivência para o ser humano. É a primeira resposta, o primeiro sinal evidente de que o estímulo sonoro está chegando ao recém-nascido.

Algumas doenças, como a toxoplasmose e a rubéola (esta a mais nociva para a audição) danificam o cérebro ou o nervo auditivo. A consequência é que a criança nasce surda. Em alguns casos, temos conseguido fazer com que crianças, apesar de diagnosticadas surdas, ouçam. Da mesma forma, esta surdez havia sido dada como irreversível pelos médicos tradicionais.

Geralmente a criança que passa a ouvir começa também a falar, já que a audição é de extrema importância para a fala. O homem fala da mesma forma que ouve. Se ouve mal, fala mal; se não ouve, não fala.

Inicialmente, como disse, os bebês só captam os sons fortes, especialmente os mais estridentes. Numa segunda fase, começam a reconhecer os sons mais simples e cotidianos, como o barulho do avião, do trem, o apito da fábrica, o motor do carro do papai, a voz da mamãe, do irmãozinho, algumas músicas etc. Depois se estabelece a estereofonia, quando os sons que ouvem (até então um com cada ouvido, isoladamente)

se fundem, como ocorre com a função visual. Muitas vezes a mãe começa a falar com o filho ainda na sua própria barriga.

Depois que nasce, ela começa a dizer repetidas vezes “olha para a mamãe, olha para o papai”, apesar de saber que ele não entende. O fato de começarmos do nada e chegarmos aos dois anos falando um idioma que nos era totalmente estrangeiro, é um verdadeiro milagre. Não há professor, não há qualquer artifício. Se nascêssemos ouvindo japonês ou chinês, era numa dessas línguas que falaríamos agora. Isso porque falamos da mesma maneira que ouvimos.

Se ouvíssemos três idiomas, aprenderíamos os três. Se fossem seis, falaríamos os seis. Não tenham dúvida disso. A capacidade do cérebro é algo bem acima do que podemos imaginar. Nos cinco ou seis primeiros anos de vida, nosso *computador central* funciona como um autêntico mata-borrão. Todos os sons, todas as imagens, qualquer informação que chegue até ele é captada avidamente. Ele sabe que precisa daquelas informações para ter parâmetros, para ter padrão pelo qual possa se guiar. Um computador sem informação é tão inútil quanto um ventilador no Alasca.

Para se obter a informação, é preciso primeiro que ela chegue ao cérebro. Até hoje, ninguém disse quantas palavras é preciso aprender para se falar uma língua. Devido a minha experiência com crianças, acredito que com quatrocentas palavras já dê para falar. Com duas mil palavras fala-se tranquilamente. Os mais cultos, mais lidos, os grandes eruditos, chegam a dominar cinco mil palavras. Tudo isso é fruto da minha prática com esses problemas e com o desenvolvimento e organização do sistema nervoso.

Ninguém precisa saber todas as palavras de um idioma para dominá-lo. Isso porque nós temos uma capacidade incrível para descobrir palavras, vocábulos que nunca ouvimos. Nosso cérebro tem também este poder. “Se quem cuida do leite é o leiteiro, então quem cuida do sapato é o sapateiro”. Mais ou menos por aí. Associação de ideias, simplesmente. Afinal, ninguém precisa decorar todo o dicionário só para dizer “bom dia”.

Mas existem muitas crianças que não falam, muitas pessoas que não podem falar. E não há qualquer problema com seus aparelhos fonadores. Seu vocabulário é que é muito pequeno. Imaginem um indivíduo que fale só o português e um belo dia vá ao Japão. De repente, se vê numa reunião de japoneses. Mesmo que queira, irá falar o quê? Ele não é mudo, mas, se

falar, vai soar para os japoneses como soa para nós o balbuciar de um recém-nascido. Ele não tem vocabulário naquela língua, só isso. Se for adulto, com senso crítico sobre si mesmo, não vai nem abrir a boca. Vocês, pais, devem entender a importância que há em desenvolver o vocabulário de seus filhos. Para isso, é necessário que eles tenham no cérebro a imagem das palavras que querem dizer.

No Centro, usamos a leitura para desenvolver a audição, pois assim o indivíduo tem a imagem das palavras, “papai”, “mamãe”, palavras do esquema corporal, do meio ambiente, frutas, ou seja, categorias de palavras, palavras gostosas etc. Para desenvolver a audição, utilizamos a função visual aliada à auditiva. O sistema audiovisual, mostrar a palavra e dizer o que significa, aumenta o vocabulário auditivo, desenvolvendo a capacidade de linguagem. É nisso que trabalhamos.

No caso daqueles que não ouvem, muitas vezes utilizamos o estímulo sonoro forte, batendo tampa de panela durante trinta segundos, pratos musicais, apitos etc. Fazemos isso várias vezes durante o dia, a exemplo do que foi escrito sobre o estímulo visual. Bastante forte, o estímulo acaba chegando ao indivíduo. As respostas logo surgem, muitas vezes em crianças que nunca tinham dado qualquer sinal de poder ouvir.

Numa fase posterior, quando a pessoa já começa a ouvir, damos a ela sons de seu meio ambiente: barulhos de animais, do liquidificador, da campainha da porta etc. Sons com significado. Logo depois, damos ritmos musicais, pedaços de músicas, trinta segundos com músicas diferentes. Em seguida, oferecemos a ela a voz da própria mãe, do pai, de pessoas da família, terminando por lhe ensinar um idioma estrangeiro: o dela. Tudo isso para tentar desenvolver a capacidade de interceptação dos sons auditivos.

Numa etapa ainda mais evoluída, a pessoa já ouve conversas no seu meio, começa a ler, com junção visual e auditiva, cartazes com palavras repetidas inúmeras vezes. De vez em quando, frases inteiras são postas nesses cartazes. Depois, ela lê em voz alta e ouve a própria voz. Assim desenvolvemos a função auditiva nos nossos Institutos.

TATO

O maior receptor do estímulo sensorial tátil é a pele. Na pele, em todo nosso corpo, estão os receptores sensitivos, que percebem o quente e o frio, o áspero e o macio, dor e cócegas. Estão espalhados dos pés à cabeça, dando a ideia de qualquer coisa que se aproxime de nós.

Se alguém se espeta com um espinho, o receptor doloroso envia o sinal ao cérebro pelo nervo sensorial. A resposta do cérebro, geralmente, é a retirada rápida de lugar daquela parte do corpo.

Este estímulo sensorial é responsável também por sabermos onde estamos, nossa localização espacial. A atividade tátil de nosso corpo está intimamente ligada à nossa localização e orientação. Quando estamos de olhos fechados, nos dirigimos pelo tato. Os cegos são conhecidos como *aqueles que enxergam com as mãos*. Qualquer ser humano, na verdade, é capaz disso; é algo que pode ser desenvolvido.

Pode-se ter muita habilidade em identificar qualquer coisa pelo tato. E reparem que o tato não está encerrado na ponta dos dedos, espalha-se por toda a pele, que é especializada em sentir. É claro que as mãos são órgãos muito importantes. São especializadíssimas, e sua sensibilidade é ainda mais desenvolvida. Mas não é uma característica exclusiva delas o sentir tátil. Muitas vezes, recebemos no nosso Centro crianças que não reagem ao quente nem ao frio, ao áspero ou ao macio; nem dor sentem. Os problemas podem ser no receptor, no nervo sensorial, ou no cérebro. E estimulamos essas crianças do mesmo modo que fazemos com as que têm problemas de visão ou audição.

Costumamos fazer uma bateria de estímulos táteis, trabalhando com os sensores de pressão (áspero e macio), os dolorosos (dor e cócegas) e os térmicos (quente e frio). Orientamos a família a produzir sempre o contraste: dor e cócegas, quente e frio, áspero e macio etc. Deve-se fazer trinta estímulos diários de cada espécie, noventa no total: trinta de quente e frio, trinta de ásperos e macios e trinta de dor e cócegas. Esses estímulos devem ser feitos durante um minuto nos braços, pernas, barriga, tórax, costas, nádegas, rosto, pés, em todas as partes do corpo, sem exceção. E podem ser muito fortes, chegando mesmo a ferir levemente a criança.

Muitas vezes, no entanto, quando espetamos a pessoa com uma agulha e uma pontinha de sangue surge em sua pele, ela sorri. Por mais inacreditável que pareça, aquilo que em outros provocaria uma reação de dor e afastamento, nela, que nunca recebeu qualquer informação pela pele,

é como uma boa nova, um sinal de que algo está chegando do distante mundo exterior.

Chegam ao nosso Centro, inclusive, crianças que nunca choraram; não reagem a nada. São completamente insensíveis. Daí a importância de se realizar a estimulação. É uma defesa para o ser humano. A estimulação tátil protege o indivíduo ao desenvolver esses mecanismos.

Passada essa fase inicial, desenvolvemos uma certa especialização para a pessoa saber se o que a toca é metal ou madeira, plástico ou louça, por exemplo. Começa-se a dar objetos para o indivíduo identificar. Em seguida, vamos para o que chamamos de estereognose (capacidade de se identificar coisas com a ponta dos dedos). Colocamos dentro de um saco de pano vários objetos, como botão, barbante, caixa de fósforos, lápis etc., e depois mandamos a criança enfiar a mão lá e perguntamos o que ela pegou. Ouvimos sua resposta e conferimos com o que tem nas mãos.

Algumas pessoas desenvolvem isso de tal modo, que são capazes de reconhecer, sem olhar, cinquenta ou cem tipos de tecido. Já tivemos crianças que eram capazes de dizer o valor de uma moeda só pelo tato. Não queremos transformar ninguém em especialista, mas estimulamos essas funções para que a criança (ou o adulto) possa se defender sozinho dos perigos cotidianos, trocando informações com o meio em que vive.

OLFATO E PALADAR

Estas são as duas funções sensoriais que, no ser humano, não estão muito bem desenvolvidas, embora sejam fundamentais para muitos animais. Há crianças, no entanto, que têm a visão, a audição e o tato tão danificados, que só pelo olfato e o paladar conseguimos chegar a elas.

O nariz é o órgão olfativo por excelência. Em seu interior existem células que captam odores diferentes. No caso do paladar, o principal órgão é a boca. Ali estão as papilas gustativas, que se concentram na língua e são responsáveis por identificar todos os sabores que sentimos, dos mais doces aos mais salgados.

Há pessoas que têm problemas olfativos graves, sendo incapazes de diferenciar cheiros e aromas diferentes; ou problemas gustativos, não reconhecendo os sabores.

Os estímulos que fazemos nessas áreas, porém, têm que ser muito rápidos e variados, não havendo trabalho de contraste, ao contrário do que ocorre com o resto de nossa programação. Os estímulos olfativos e gustativos rapidamente perdem seu valor. Por isso, temos que enviar um estímulo de cada vez: uma gota de limão na língua, uma pitada de sal, e assim por diante. Não podemos usar muitas vezes esses estímulos porque são absorvidos muito depressa pelo organismo, que se habitua a eles e não os sente mais. Uma pitada de açúcar, um perfume que se passa ligeiro pelo nariz, tudo isso pode ser feito, mas sem contraste. O sal e o açúcar ficam muito tempo na boca, não havendo sentido em contrastá-los.

Embora façamos um estímulo de cada vez, podemos multiplicá-lo durante o dia com substâncias e cheiros diferentes. Chegamos a pedir cinquenta estímulos gustativos e cinquenta olfativos por dia. Muitas vezes usamos uma escova macia e esfregamos a substância na língua, já que os receptores estão na ponta e nas laterais traseiras do órgão.

Tanto no olfato quanto no paladar, porém, é sempre bom ter cuidado para não usar substâncias nocivas ao corpo humano. Em todo caso, é raro usarmos esse tipo de estimulação. Só naqueles que se encontram numa situação absolutamente primitiva do ponto de vista sensorial.

LESÃO CEREBRAL: CAUSAS E SÍNDROMES

CAUSAS DE LESÃO CEREBRAL

No desenvolvimento do ser humano, podem ocorrer problemas neurológicos não apenas após o nascimento, mas também no período de gestação e mesmo durante o parto. Essas etapas denominam três tipos de encefalopatia:

Encefalopatia pré-natal: lesões no sistema nervoso central que ocorrem no período que vai da reunião da célula sexual masculina com a feminina (concepção) até nascimento.

Encefalopatia neonatal: lesões no sistema nervoso central que ocorrem durante o nascimento, desde o rompimento da bolsa d'água até o recém-nascido ser entregue à mãe para o aleitamento.

Encefalopatia pós-natal: lesões no sistema nervoso central que ocorrem entre o nascimento e a morte.

O fato de uma criança ter tido problemas durante o período pré-natal não significa que ela vá sofrer lesão cerebral na hora do parto ou após o nascimento. Os exemplos a seguir demonstram que a causa da lesão cerebral não é única, podendo ter origens diversas.

Encefalopatia pré-natal

Especificamente, a encefalopatia pré-natal tem como causas mais comuns as doenças que atingem o organismo materno, principalmente no primeiro trimestre da gravidez. Quando o organismo materno é atacado pelo vírus da rubéola, do sarampo ou da toxoplasmose, por exemplo, pode produzir crianças com problemas de macro e microcefalia, surdez, cegueira ou outras deformidades.

A mãe que não sabe que está grávida e continua tomando medicação anticoncepcional, ou a mãe que toma antibióticos ou tranquilizantes, também corre o risco de causar lesão cerebral na criança que está sendo gerada. O exemplo mais conhecido é o do tranquilizante talidomida, que deformou crianças no mundo inteiro e que continua a ser vendido no Brasil e em alguns outros países.

Os exames a que a mãe é submetida, principalmente o de raios X, são responsáveis por lesão cerebral e parada no desenvolvimento neurológico da criança. Os raios X no primeiro trimestre da gravidez fatalmente trarão danos para a criança e, depois desse período, apesar da estrutura óssea já estar formada, terá um efeito bastante prejudicial. Esse exame deve ser evitado e substituído por outro menos nocivo. A irradiação pelo cobalto também tem efeitos patológicos sobre a criança e, em alguns casos, quando a gravidez é confundida com um mioma (tumor benigno do útero), costuma-se fazer a curetagem nesse órgão, levando ao aborto ou a graves lesões no feto.

A incompatibilidade do RH dos pais destrói os glóbulos vermelhos (geralmente na segunda gravidez) e provoca sérios danos na criança. Problemas hereditários também ocorrem, trazendo graves consequências para o novo ser. Os mais comuns são decorrentes de casamentos entre parentes próximos, como primos e tios. Estes problemas, no entanto, não são muito frequentes, e o número de crianças afetadas por casamentos entre parentes é muito menor do que se imagina.

Existem também alterações na *fórmula do indivíduo*, que é a receita impressa no interior das células paterna e materna (DNA). Ela é a responsável pelas características do novo ser. O DNA determina a altura, cor da pele e dos olhos, e quantidade de olhos, dedos, narizes, pulmões, rins etc. Enfim, os vinte e três cromossomos paternos e maternos se fundem numa única célula e se agrupam em pares. A alteração em qualquer um dos pares de cromossomos pode gerar problemas em uma ou outra área.

O fumo e o álcool, se absorvidos de maneira contínua e desmedida durante a gravidez, podem trazer graves lesões para o sistema nervoso central da criança. A mãe que tem uma má nutrição e não ingere proteínas suficientes, ou vitaminas e sais minerais, gera uma criança mal nutrida e, em alguns casos, com lesão no sistema nervoso central.

Acidentes como quedas e tombos, por exemplo, que possam traumatizar o abdome materno também podem causar lesões na criança. Distúrbios emocionais da mãe, emoções fortes, como a morte de um pai, um marido ou um filho, podem provocar transtornos para a criança que em breve nascerá.

Há mães que expõem seus corpos aos raios solares (principalmente no verão) entre 11h e 14h, quando o sol é rico em infravermelho (raios X). Essa exposição exagerada e contínua também causa problema cerebrais na criança.

Apesar de todas estas causas, de acordo com as nossas estatísticas, somente 20% das crianças tratadas em nossa clínica têm seus problemas oriundos da fase pré-natal.

Encefalopatia neonatal

Já no caso da encefalopatia neonatal, essa estatística sobe para 60% das crianças que chegam até nós. A origem dos problemas está em complicações que envolvem o momento do parto.

A prematuridade é um dos principais fatores de lesão cerebral. Recebemos crianças em nossa clínica que nasceram até mesmo no sexto mês da gravidez, algumas mesmo um pouco antes. Ao nascer prematura, a criança necessita de cuidados especiais, como uma temperatura semelhante a do útero materno. Necessita também de uma assistência respiratória, pois seus pulmões ainda não estão maduros para funcionarem sozinhos. É necessário mantê-la na incubadora até que adquira o peso e o desenvolvimento respiratório normais.

As maternidades, geralmente, não possuem incubadoras em número suficiente e, devido a outros problemas, como falta de materiais, por exemplo, a criança sai de uma incubadora muitas vezes antes do tempo. Isso também pode causar uma lesão cerebral. E a incubadora, do mesmo modo, apresenta seus riscos. Por exemplo: se a criança ficar dentro dela por muito tempo, com um teor de oxigênio muito alto, pode ter grave lesão no nervo ótico, levando à cegueira.

Nem toda criança prematura tem lesão cerebral, é lógico. Porém, a maioria delas tem lesão no cérebro por falta de cuidados e recursos. A criança que está sendo gerada precisa de cuidados e precisa ser

acompanhada em seu desenvolvimento intrauterino pelo médico, que deve verificar a posição do feto por meio de toques, a pélvis da mãe para saber se é possível a criança passar por ali, o perímetro cefálico da criança, para saber se terá condições de nascer pela via natural ou não, além de conhecer a história da mãe, principalmente em relação a outros partos.

Esses quadros poderiam evitar a maioria dos casos de crianças com lesão cerebral que chegam até nós. Se não há cuidados como esses, só se descobre o problema da criança quando a mãe está entrando em trabalho de parto, e a criança tem dificuldades para nascer. O cérebro começa logo a sofrer com a falta de oxigênio. O tempo que leva desde que se descobre o problema até sua resolução por meio de técnicas como a cesariana, a utilização de hidrovácuo ou do fórceps, produz danos gravíssimos na criança.

Esses são os problemas mais comuns dos que chegam à nossa clínica. A indecisão dos médicos e, muitas vezes, o desconhecimento e despreparo técnico em relação à mãe, são causas bastante comuns de problemas.

A posição em que a mãe é colocada no chamado “parto natural” para fazer o feto nascer é totalmente antinatural. A criança, nessa situação, ao invés de descer, tem que subir, e a mãe não tem como participar com seu esforço. Os músculos que envolvem o parto são os mesmos usados para defecar. Imaginem o que é defecar em tão estranha posição e ainda ter alguém solicitando que “pare”, “bote pra fora”, “faça força” ou “expulse”, como normalmente se faz durante um parto.

O parto que deveria realmente se chamar de natural é o de cócoras, de modo que a mãe possa participar ativamente e até realizar seu próprio parto, utilizando a força da gravidade como sua amiga. Nesta posição, diminuem bastante as pressões sobre o crânio da criança.

O parto natural ficou antinatural desde que foi encarado como uma doença. A mãe é hospitalizada e isolada da família, colocada em meio às doenças de um hospital. A criança ao nascer é separada da mãe, às vezes até por vinte e quatro horas, uma separação que pode trazer graves consequências para ela e seu bebê.

O berçário é, muitas vezes, local de graves infecções. Basta que uma criança esteja com problemas, como germes hospitalares, para que todas as outras corram perigo. Casos como estes, infelizmente, aumentam a cada dia os riscos de uma hospitalização.

Por último, acontecem casos de mães que não têm condições de entrar em trabalho de parto, passando do tempo previsto. Esses casos são também causadores de lesão cerebral. O parto não deve ser retardado em qualquer hipótese, sendo melhor que a criança nasça onde a mãe estiver do que tentar prolongá-lo até chegar à maternidade.

E a história do momento do parto é geralmente desconhecida pelos pais. O que ocorre nesta ocasião não é, na maioria das vezes, revelado. A família vai para casa pensando ter uma criança normal e sadia. Somente depois de dias, semanas ou meses descobre o problema de seu filho.

Encefalopatia pós-natal

Nascida a criança, as causas mais comuns de encefalopatia são: traumatismo craniano (pancadas na cabeça); infecções que atinjam o cérebro, como meningite, encefalite, entre outras; e tumores cerebrais. Esses problemas do pós-parto representam cerca de 20% dos casos das crianças com lesão cerebral que atendemos em nossa clínica.

SÍNDROMES

Entre as síndromes e estados em que o cérebro sofre alteração, as mais conhecidas são síndrome de Down, o autismo e o coma. Vamos falar um pouco sobre cada um delas.

Síndrome de Down

Se o problema do seu filho não é exatamente síndrome de Down, leia atentamente essa seção, pois tem muitas coisas úteis para você. É muito fácil traçar um paralelo entre lesão cerebral e essa síndrome. Tudo o que vai ser dito sobre a criança com síndrome de Down tem a ver com a que tem lesão cerebral.

Em primeiro lugar, gostaríamos de enfatizar nossa repulsa com o que fazem com os pais desse tipo de criança. Muitos médicos dizem: “Olha, o

seu filho tem síndrome de Down. Não tem jeito. Se não morrer, vai viver como um vegetal. Nunca vai andar ou falar. Bota numa associação de pais”. Um pai já nos disse que é como se você levasse um soco forte na boca do estômago. Ele era um homem grande, e mesmo assim desmaiou. Outros pensam até em suicídio; e há os que efetivamente se matam. Conhecemos o caso de uma família que se imolou, morrendo os três queimados: pai, mãe e filho.

A maneira como isso é dito para os pais é absolutamente sádica e criminosa, sob a capa de que “é preciso dizer logo a verdade”. Se a justiça fosse para todos, isso seria punido da mesma forma que um crime. Só quem passou por tal experiência sabe o quanto é doloroso e traumatizante esse choque. Já me disseram inclusive de médicos que aconselharam os pais a dar casa, comida e roupa lavada. Só isso. E disseram literalmente “esqueçam que a criança existe”.

Um médico já disse para um pai que ele próprio tinha um filho com lesão cerebral e que se orgulhava de não ligar a mínima para ele. Esse médico mandou a família ter outros filhos e esquecer aquele. Se isso não é crime, então eu não sei o que é. Mas o quadro está mudando, e a cada grupo de pais que recebemos, há um ou dois médicos com filhos precisando de nós.

Apesar de alguns doutores serem contra o nosso trabalho, na hora em que têm problemas nos procuram, como nos procuram engenheiros, advogados, psicólogos, senadores, deputados e metalúrgicos. Nós temos realmente de tudo em nosso Centro. Só para vocês terem uma ideia, a maior contribuição de verbas que os Institutos da Filadélfia recebem é do sindicato dos metalúrgicos de lá. A clínica do Humaitá, onde montamos nosso Centro de Reabilitação, foi erguida graças a uma contribuição dos trabalhadores americanos do aço, que a conseguiram pressionando os governos do Brasil e dos Estados Unidos.

O livro que entrou em cena para derrubar esses preconceitos foi o do meu pai, *Filhos do sonho, filhos da esperança*, editado em quatro idiomas. Escrito originalmente em inglês, foi traduzido para o português e editado em francês e italiano.

Este livro dá uma ideia do que é o nosso trabalho, bem como do que esperamos da *criança Véras* – Doman é que as chamou de *criança Véras* –, como ficaram conhecidos os portadores de síndrome de Down depois do livro do dr. Raymundo Véras. Isso porque há trinta anos não

trabalhávamos com esse tipo de criança. Meu pai, após muita insistência de alguns pais, resolveu dar uma chance a crianças assim, e ficou surpreso com o sucesso alcançado.

Daí em diante, passamos a aceitar crianças com síndrome de Down, exemplo que foi seguido pelos Institutos da Filadélfia, principalmente quando Glenn Doman e Walter Burke estiveram no Brasil. Os resultados entusiasmaram tanto a eles, que acho que existem hoje mais *crianças Véras* sendo tratadas lá do que aqui.

Existem muitos preconceitos que prejudicam o desenvolvimento dessas crianças. O primeiro é dizerem que ela é “uma deficiente mental”. A Organização Mundial de Saúde cataloga essa síndrome como deficiência mental. O próprio Down chamava o problema de idiotia mongólica. Idiotia por causa do nível de quociente intelectual. Aí todos chamam a criança por seus similares: débil mental, idiota, retardado etc. Cada um com seu achincalhe peculiar, sua maneira pessoal de demonstrar ignorância.

Só quem não lidou, no entanto, com essas crianças, pode chamá-las de retardadas mentais. São superinteligentes. Se ficam perdidas no mundo, é por serem inteligentes demais, e não de menos. Crianças com três meses de estimulação passam a apresentar um desenvolvimento maior do que as crianças normais. Tudo é estimulação. A *criança Véras* acaba recebendo, por causa de seu problema, mais estímulos que as outras, terminando por ficar acima da média. Isso, no entanto, contraria a tese clássica de que “síndrome de Down é irreversível”.

Outro tabu que pesa sobre essa criança é aquele que reza que todos os portadores de síndrome de Down são cardiopatas. Os médicos dizem que eles têm problemas cardíacos congênitos e, por isso, morrerão em pouco tempo. As estatísticas, porém, mostram que isso é totalmente errado, uma vez que somente 30% dessas crianças têm cardiopatia. Acreditamos que esse índice é aproximadamente o mesmo apresentado pelas crianças normais, não havendo a menor base para afirmações desse tipo.

Entretanto a primeira coisa que passa pela cabeça de muitos médicos e técnicos é essa: “Ele tem cardiopatia”. Logo depois atiram a flecha fatal: “Eu não trato de crianças assim”. E arrematam: “Por que vocês não o levam numa associação de pais? Já fez ginástica? Massagem?” Pode ser um dentista, um otorrinolaringologista, um padeiro, o que for, que a série de palpites rondará mais ou menos esse espectro.

Todo pai ouve isso, embora possamos afirmar que nenhum médico sabe nada sobre síndrome de Down. Os pais, vocês que estão lendo, sabem muito mais sobre essa criança do que eles. Para estas pessoas, o filho de vocês será sempre uma ave rara, uma espécie de ET. Eles não têm obrigação de saber sobre isso, é verdade, mas poderiam pelo menos ficar calados.

Mas tudo isso é preconceito, e não realidade. Assim como é preconceituoso dizer que a criança com síndrome de Down não passa da adolescência. Isso é outra lenda sem razão de ser. Não há nenhum relógio na criança dizendo quando ela irá morrer. Diz-se também que essa criança não terá condições de aprender. Quando ela começa a ser tratada (no caso da *criança Véras*), dizem que só aprenderá até os oito anos. Nós, no entanto, temos em nosso Centro uma pessoa que aprendeu a ler aos 19 anos. É absurdo se dizer até quantos anos a *criança Véras* pode aprender.

E os mitos e preconceitos não atingem somente a criança. Sua mãe também é alvo de críticas, como aquela que diz que mulher velha gera criança com síndrome de Down. “Viu, foi querer ter filho depois de velha, é isso que dá”. Muitas mães passam por esse drama. Mas aqui em nosso Centro temos mães de portadores de síndrome de Down em todas as idades (de 20 a 45 anos), não havendo maior número de mães idosas que de moças. Há ainda aqueles que dizem que mãe de filho Down terá sempre filho com síndrome de Down. Uma pessoa pode ter filho com síndrome de Down e normal, bem como uma mãe com esta síndrome pode ter filhos normais. Não há relação entre isso; só tabu. Sabe-se, inclusive, que é muito mais fácil uma mãe que nunca teve um filho com síndrome de Down vir a ter, do que uma que já teve ter outro. Não é impossível, mas é muito difícil. Já vimos até casos de gêmeos em que um era e outro não; e claro que já vimos também casos em que ambos os gêmeos tinham a síndrome.

“Crianças com síndrome de Down têm baixa resistência às infecções” é outro mito que atinge nossa criança. Não é verdade, igualmente. Quando trabalhadas, desenvolvidas, estimuladas, elas têm tanto ou mais resistência que qualquer criança normal. Não tem nada a ver com a síndrome. Aliás, qualquer problema que surja será logo atacado como parte do problema da síndrome, coisa que, em absoluto, não é verdadeira.

“São agressivos com as crianças menores”. Mentira! São crianças dóceis e meigas, nada tendo de agressivas. É muito agradável trabalhar com elas. Agora, como qualquer ditador, como qualquer reizinho a quem não se impõem limites, se puderem e tiverem tudo serão agressivas e manhosas, como todas as outras crianças.

Quanto à ideia que “têm dificuldades de aprendizado”, qualquer pessoa com mais de sete anos tem. Aprendizado está na proporção inversa da idade. Mais inteligente que uma criança de sete, só uma de seis; mais que uma de seis, só uma de cinco; e assim por diante. Essa regra, porém, não é só para a *criança Véras*; é para qualquer criança. Há que se começar a ensiná-la cedo. Não adianta não ensinar e depois jogar a culpa no problema.

Temos crianças de um ano com síndrome de Down aprendendo a ler a cartilha. Se isso não é facilidade de aprendizado, eu não sei o que é. Temos crianças de seis meses controlando urina e fezes. Com um ano e meio, têm um comportamento e compreensão surpreendentes. O aprendizado está na razão inversa da idade. A criança com síndrome de Down tem facilidade de aprender, isso sim. Ninguém quer é ensiná-la.

Há também o mito de que é baixinha, não cresce muito. Essa criança é assim porque não faz exercícios, ou então porque não se alimenta direito. Aposto que os portadores de síndrome de Down do nordeste são mais baixos que os do sul. Não é o problema que diminuiu sua estatura. São as condições de sobrevivência que ela encontra. Nossas crianças muitas vezes estão acima do padrão de desenvolvimento normal, porque são exercitadas, estimuladas e bem alimentadas.

Diz-se também que a criança tem fisionomia de oriental, daí que por muito tempo foi chamada de mongólica. Isso já custou a vida de muito japonês em cidade grande. Uma mãe japonesa me trouxe certa ocasião uma criança que tanto poderia ser Down quanto japonesa. É um insulto esse tipo de afirmação. Por causa do preconceito, essa criança ficou tempos sem tratamento, pois os médicos achavam que era japonesa, e “japonês tem cara assim mesmo”. Chamam-nos de anticientíficos, porém fazem coisas desse tipo.

Também se diz que a *criança Véras* jamais terá condições de frequentar a escola normal. Há hoje, no entanto, muitas crianças em todo o mundo frequentando normalmente a escola, longe dos nefastos institutos para excepcionais. Só aqui no Brasil, temos mais de cem crianças com

síndrome de Down integradas na rede de ensino. Há inclusive o caso de um jovem que dirige automóvel, trabalha no cartório, vai ao banco, passa cheque, cursa o supletivo, além de diversos outros casos semelhantes. Não é proibido à criança com síndrome de Down chegar à normalidade de vida, e isso queremos demonstrar aos pais.

Toda criança é um pouco exibicionista, especialmente para tentar conquistar as pessoas ao seu redor; a mesma coisa que faz um político, por exemplo. Porém diz-se que esta criança é exibicionista. Geralmente as crianças se exibem para conseguir o que querem. Mas isso não é uma característica da síndrome de Down. O problema é que tudo que essa criança fizer será atribuído à síndrome. Tanto uma criança normal quanto uma com síndrome de Down podem virar o palhacinho da família.

Vão ainda assegurar aos pais dessa criança que ela será dependente por toda a vida, provocando uma superproteção desnecessária e prejudicial. Muitos pais chegam em nossa clínica e ficam logo preocupados: “Será que meu filho está bem lá no primeiro andar?”, enquanto falam comigo no segundo pavimento. De vez em quando alguém me diz: “Olha, doutor, a mãe da criança avisou que seu filho não consegue ficar longe dela”. Talvez o problema real seja que a mãe não aguenta ficar longe do filho, e não o contrário. Muitas vezes as crianças dão graças a Deus de poderem ficar longe dos pais.

O mais engraçado é que quando a mãe vai até a criança, no intervalo das palestras, e vê seu filho brincando direitinho, fica muito espantada. Quando vai embora, a criança não quer deixar a brincadeira, e a mãe ameaça: “Olha, eu vou embora e você vai ficar aí. E a criança nem liga. A mãe então começa a perguntar se ela não sentiu sua falta, se não chorou um pouquinho. Quem sentiu a falta, no entanto, foi a mãe. Isso é comum, e o mais importante é vocês, pais de crianças com síndrome de Down, tornarem seus filhos o mais independentes possível.

Também se fala, erroneamente, que a criança engorda com facilidade. Nossa criança, porém, é igual a qualquer outra. Ninguém sai gordo de um campo de concentração. Tenho um amigo que é médico e diz sempre que é gordo porque come demais. Ele diz que a criança com síndrome de Down é gorda porque come demais e não gasta o que ingere. Também aqui nada tem a ver com a síndrome.

Como não podia deixar de ser, diz-se também que o portador de síndrome de Down é sexualmente impotente, que não se reproduz.

Entretanto eu já soube de um caso de uma menina com essa síndrome que teve filho normal, embora não tenha visto pessoalmente. O problema se deve, antes de mais nada, à falta de desenvolvimento do aparelho sexual. Também aqui a função determina a estrutura.

E há, por fim, aquilo que todos os médicos dizem saber e ser inquestionável: esta é uma síndrome genética. Na faculdade de medicina, quando se quer dar um exemplo de síndrome genética, logo vem o Down, sempre. Até para falar sobre aborto na faculdade se diz que é necessário em casos como o desta síndrome. Assim, nossa criança é vista como portadora de uma síndrome genética. Ora, todo geneticista sabe que essas síndromes são irreversíveis, já que atingem todas as células do organismo.

Garantimos, no entanto, contra tudo e contra todos, que esta não é uma síndrome genética, que pode existir ou não, independente do problema de cromossoma. Em nossa maneira de pensar, esse problema se deve a uma parada no processo de amadurecimento em todos os órgãos do corpo humano. E geralmente esta parada se dá no primeiro trimestre de gravidez, devido a algo que por acaso atingiu o organismo da mãe. A cada passo que damos examinando essas crianças, encontramos mais e mais evidências de que não é a síndrome o problema. Já tivemos também crianças com síndrome de Down com os dedos unidos por uma membrana, como um pato. Todos sabem que o feto tem essa membrana, que com o tempo desaparece. Mais uma vez, tivemos assim sinais de que houve uma parada no processo intrauterino.

A tão propalada cardiopatia às vezes encontrada, quase sempre, está associada a problemas durante a formação do coração. Inicialmente, o indivíduo tem somente uma câmara cardíaca. Depois ela se divide em duas, em três e em quatro (duas aurículas e dois ventrículos). Na *criança Vêras*, muitas vezes a câmara auricular fica aberta. E por quê? Por que houve uma parada no desenvolvimento embrionário, Não foi o problema genético que causou a não abertura do ânus ou a membrana entre os dedos. Crianças nascem com catarata congênita, e o mesmo se diz, categoricamente, que “síndrome de Down é a trissomia do 21º par de cromossomos”.

A trissomia pode ser considerada somente mais uma característica da síndrome, e não a característica principal, causa de todos os males. Quando a criança nasce, faz-se o cariótipo dela. Mesmo que tenha todas as características da síndrome de Down, pode ser que não tenha a trissomia.

E aí o que os pais devem fazer? Eu sugiro que façam algo. Se há traços, há a síndrome.

Do mesmo modo, existem exemplos contrários, ou seja, de portadores da trissomia do 21º par de cromossomos que misteriosamente não têm síndrome de Down. O professor Frota Pessoa, da Universidade de São Paulo, diz que, para se realizar um cariótipo decente, sério e responsável, é preciso examinar pelo menos três gerações: irmãos, pais e avós. Assim, muitas vezes, a trissomia foi encontrada em um avô ou avó que não apresentou, durante toda a vida, o menor sinal dessa síndrome.

Tudo isso quer dizer o seguinte: já foram encontradas crianças com síndrome de Down sem trissomia e crianças com trissomia sem o menor problema. Não é o problema genético o centro da questão. O miolo de tudo está numa parada ocorrida nos três primeiros meses de gravidez, bloqueando o amadurecimento de todo o organismo.

Partindo disso, acreditamos na estimulação completa desse desenvolvimento, extinguindo o problema. Já fizemos inclusive dermatóglifos nas mãos de portadores de síndrome de Down e, após o período de estimulação, suas linhas da palma tinham mudado; e o mesmo com os traços dos pés. Mudam as características dos lábios, do nariz, das orelhas etc. O tecido adiposo da criança é transformado. Tudo muda ou é alterado. Se fosse realmente uma síndrome genética, não seria assim. Essas transformações são incompatíveis com síndromes genéticas.

Coma

Vamos agora tratar do indivíduo que, antes da morte, tem aquilo que chamamos de insensibilidade. Seu órgão da visão não funciona, sua audição é muito pobre, seu tato também; enfim, olfato, paladar, tudo nele funciona de maneira bem precária que temos a impressão de que ele não reage e nem reagirá a nenhum estímulo sensorial.

A esse estado, em que o indivíduo se encontra em insensibilidade quase que total, com a consequente falta de funcionamento de todos os sentidos, chama-se *coma*. Séria etapa anterior à morte. E veja que muitos indivíduos são colocados nessa situação crítica por um acidente, um traumatismo craniano, um pequeno acidente anestésico durante uma cirurgia, acidente

de automóvel ou queda de grandes alturas. Seja qual for o caso, o resultado é sempre o mesmo: a pessoa tem seu cérebro seriamente perturbado, altamente atingido, prejudicado. Com isso, ele não funciona, não é mais capaz de receber informações e nem de dar respostas. O paciente entra em coma e é dado como morto-vivo.

O dicionário médico diz que o coma é um estado de insensibilidade total e falta de movimentos voluntários, do qual o indivíduo nunca sairá. Só por um milagre. Isso, em absoluto, não é verdadeiro. Muita gente consegue sair do coma. Às vezes um indivíduo passa horas, dias, meses, anos em coma, e depois ainda é capaz de sair dessa situação. Apesar disso, no mundo inteiro, o estado de coma ainda é visto de maneira ilógica e antagônica. Se pensarmos no que se quer para alguém que está em coma, veremos logo que a atitude dos médicos é profundamente paradoxal.

No nosso entender, o quarto de um paciente em coma deveria ser ultracolorido, ultrabarulhento. Todos que fossem visitá-lo deveriam tocar um sino e dizer “acorda”, pedindo a ele que responda alguma coisa. Deveria haver espetinhos para cutucar o sujeito e ver se ele levanta. Além disso, deveria ter uma lâmpada bastante forte que acendesse e apagasse dentro do quarto para dar contraste claro/escuro e estimular o reflexo pupilar, que é o reflexo da luz.

Acredito que isso levaria (e nas nossas experiências têm levado) muitos pacientes a saírem do coma. Deveria-se colocar no ouvido dele um fone ligado a um gravador, com músicas que ele goste, ou vozes de parentes e pessoas amigas, tudo para estimular aquele cérebro, para trazer de novo aquele indivíduo à vida. Temos feito muitas vezes esse procedimento com nossas crianças, uma criança que não está em coma mas que também não reage aos estímulos externos, uma criança com lesão cerebral.

Aqui no Cento de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, organizamos estímulos sensoriais que variam em frequência, intensidade e duração. Consideramos que os estímulos devem ter alta frequência, alta intensidade e baixa duração. Deve-se fazer o estímulo muitas vezes por dia, a intervalos curtos e com pequena duração. A força desse estímulo deve ser diretamente proporcional à necessidade que você tenha de chegar ao indivíduo. Se ele responder de alguma forma, pode-se fazer um estímulo menos intenso; se não, temos que intensificar o estímulo.

No caso da luz, por exemplo, chegamos a usar uma lâmpada de 1.000 watts no ambiente, acendendo-a por um segundo e deixando-a

apagada durante cinco. Fazemos isso repetidas vezes. Em muitas ocasiões, sugerimos à família que adquira um aparelho eletrônico chamado intervalômetro, que é capaz de, a cada cinco ou dez minutos, realizar a operação de ligar ou desligar no tempo previsto. Muitas vezes utilizamos esse recurso mesmo durante aquilo que seria o sono do paciente, uma vez que ele não reage à luz e, por conseguinte, não tem nenhum problema com isso. Pode-se colocar a lâmpada de 1.000 watts no quarto dele que nada vai acontecer. Mas, se você fizer isso durante algum tempo, a luz vai começar a incomodá-lo, o que significa que nosso objetivo está sendo atingido.

A partir do momento que a luz começa a incomodá-lo, chegamos com o estímulo luminoso até o cérebro dele. Mas se isso for feito com uma lâmpada de 50 watts, duas ou três vezes ao dia, nada vai mudar. Seria o mesmo que tentar esvaziar a baía de Guanabara com um balde. É evidente que não se terá sucesso. É preciso aterrar, fazer barragens, obras etc. A mesma coisa acontece quando você quer quebrar o bloqueio e chegar até alguém com um reflexo luminoso (no caso, alguém com lesão cerebral ou em coma). É preciso uma força e uma frequência bastante altas para vencer esse autêntico muro que é seu próprio corpo.

Devido a esse tratamento, temos várias crianças que chegaram a nós com o diagnóstico de *cegas funcionalmente* e que atualmente enxergam, leem etc. Em nosso entender, porém, bastava termos conseguido que uma única criança enxergasse e lesse para justificar nossa luta. Como dizia o dr. Raymundo Vêras, não precisamos fazer com que mil crianças voltem a ver para saber que isso é possível. Basta que uma volte. Se em toda a nossa vida fizéssemos uma só criança voltar a ver o sol, isso já nos realizaria plenamente.

Acreditamos que a visão é uma área muito importante para o homem, que usa cerca de 60% dela para receber as informações de que necessita. Pode-se mesmo dizer que o homem é um animal vidente, que usa a visão. A segunda função seria a audição. E uma das coisas importantes é acoplar o estímulo visual e auditivo, é o chamado audiovisual, Estaremos então usando dois canais para chegar ao cérebro com a informação. Isso é muito mais eficaz do que usar um canal de cada vez. Se pudéssemos usar todos os canais ao mesmo tempo, a coisa seria ainda mais eficiente.

É muito comum quando alguém entra em coma, ou há alguém com problemas neurológicos em hospitais, os médicos dizerem para as famílias que é melhor ele morrer, pois senão, quando sair do coma, vai estar cheio

de sequelas e problemas, não vai andar etc. Isso não é verdade. Temos visto vários pacientes que, estando em coma por vários meses, acabaram saindo desse estado, tendo hoje uma vida absolutamente normal. Pode ser que em alguns casos aconteça daquela forma, mas não é uma regra e nem deve ser colocada de maneira tão peremptória para os familiares. Principalmente numa hora em que estão passando por angústias terríveis, angústias que, muitas vezes, começaram com um acidente, de uma hora para a outra. Essas coisas só servem para funcionar como uma dor a mais, um sofrimento a mais, uma duplicação daquilo que os familiares estão sentindo.

O coma é um estado neurológico de total falta de sensibilidade, de incomunicabilidade com o meio ambiente. Depois que iniciamos a estimulação (muitas vezes de forma débil e fraca) o indivíduo começa a reagir, a ter alguma mobilidade, a dar algumas respostas. Ele começa a passar para o nível de alguém que está com o cérebro severamente lesado. Já não é mais um morto-vivo. Ele agora está acordado, e seu estado é chamado de semicoma. Quando o indivíduo continua a ser estimulado e vai emergindo desse torpor, passa para o nível da lesão cerebral moderada. É aí que começa a fazer movimentos com os braços e as pernas. Ainda não é capaz de se locomover, embora já movimente os membros ou os olhos, chegando mesmo a emitir sons com algum significado.

No caso de se prosseguir com a estimulação, atinge-se o nível da lesão cerebral leve quando ele começa a se arrastar ou engatinhar, podendo mesmo andar (com auxílio) e falar de forma precária. E a cada nível de desenvolvimento vão sendo dados novos nomes e rótulos para ele. Daí dizermos que o caso não é diferente, os rótulos é que são, porque o rótulo, o diagnóstico vem no sentido de estabelecer o nível neurológico em que ele se encontra, e não um outro problema que tenha.

Quando o indivíduo chega a este estágio (para o que é necessário muito estímulo, muito trabalho), diz-se que houve alguma coisa, pois os médicos tradicionais não podem admitir que alguém saia do coma, atribuindo a cura a algum milagre inexplicável. Esse milagre, no entanto, se chama o cérebro e seu potencial. O potencial cerebral é algo incrível. A única coisa que sabemos é que nosso cérebro é uma autêntica caixa de segredos. É possível se fazer uma lesão, tirar um grande pedaço do cérebro, e o indivíduo continuar funcionando bem. Por outro lado, uma pancada pequena, um traumatismo craniano simples, pode trazer uma problemática

funcional bastante grande. Daí sabermos que não é a extensão que dá maior ou menor gravidade ao caso, mas sim a área e o tipo de lesão.

Num nível mais avançado, o indivíduo começa a ter problemas e hiperatividade. É o caso daquele que se movimenta muito, que não para. Parece até que há alguma coisa dentro dele, uma espécie de diabinho, que faz com que ele queira se movimentar e fazer coisas, mesmo que erradas. Ele não consegue ficar parado e está bastante sem coordenação. Isso também é uma fase do desenvolvimento neurológico do indivíduo. Depois ele chega a um ponto ainda mais alto, quando as funções intelectivas começam a ser exigidas. São funções como a leitura, que muitas vezes o indivíduo tem dificuldade para executar, bem como as outras funções sociais, que ele em geral tinha e perdeu, transformando-se em alguém que não cuida de sua aparência, não controla as fezes, a urina etc.

Na maioria das vezes, esse tipo de problema é agravado pelo tratamento medicamentoso dado pelos neurologistas. O indivíduo que está em coma, mesmo que nunca tenha tido uma convulsão, passa a tomar anticonvulsivantes, no sentido de proteger o cérebro de uma possível crise convulsiva. Advirto que esses medicamentos, dados nessa hora, quando o indivíduo já está torporoso, só fazem com que aquele cérebro, que já está adormecido, fique ainda mais adormecido e torporoso. Como consequência, sua recuperação fica cada vez mais difícil. Se quisermos que o paciente acorde, não podemos dar remédios para ele dormir. Aqui nos nossos Institutos (e nos Institutos para o Desenvolvimento do Potencial Humano, na Filadélfia), quando o paciente chega e nunca teve uma crise convulsiva, retiramos os medicamentos e dizemos à família que esses não têm nada a ver com o tratamento. E que, muito pelo contrário, estão atrapalhando o desenvolvimento daquele ser.

No nosso entender, não há nada que justifique a utilização desses medicamentos num paciente em coma. Mesmo que admitamos que os neurologistas estejam certos, e que este seja realmente um caminho, eles próprios terão de concordar que os medicamentos desse tipo impedirão que os estímulos cheguem ao indivíduo na intensidade necessária para se obter uma resposta. O que este paciente, então, na própria concepção dos neurologistas, tem a perder? Nada. Se ele está num estado do qual não vai sair, tendo a morte como única certeza, então vamos correr o risco. Vamos deixar ele sem os anticonvulsivantes, porque aí estamos pelo menos dando ao cérebro desse paciente uma chance de responder aos estímulos do meio

ambiente de forma adequada. É isso que fazemos e é nesse sentido que costumamos orientar as famílias.

Tenho recebido agradecimentos de pessoas da África do Sul e de outros países e continentes, como Europa, América do Norte etc. Muitas vezes agradecimentos de pessoas que eu nunca vi. Há pouco tempo, em Portugal, onde vamos de seis em seis meses, recebi a visita de um casal de pais cujo filho estava numa UTI. Ele havia sofrido um acidente de automóvel e entrado em coma. Eles disseram que os médicos haviam afirmado que o rapaz não tinha mais jeito, que o caso era apenas de se esperar a morte. “Que pode o senhor fazer? Qual a orientação que pode nos dar?”, me perguntaram.

Essa família veio indicada por outra, que tinha uma *criança Véras*, uma criança com síndrome de Down. Bem, depois da exposição do caso, dissemos durante duas horas o que deveriam fazer. Quando retornamos a Portugal, meio ano depois, nem nos lembrávamos mais do caso, pois nossa agenda é cheia e nossa vida atribulada. Mas a família da *criança Véras* nos convidou para jantar. À mesa, não estávamos somente nós, mas também um rapaz acompanhado por um senhor, este com uma fisionomia que não me era estranha. Lá pelas tantas, no meio do jantar, a mãe disse: “Dr. Véras, o senhor não se lembra do pai?” Respondi que me recordava, mas não sabia bem de onde. “O senhor não lembra que deu orientação a um casal a respeito de um rapaz que estava na UTI?” Sim, lembro, eu disse. “Pois é, este é o rapaz.” Seis meses depois do coma, ele estava ali, na mesma mesa que eu, andando, falando, jantando, são e em boas condições. E isso depois dos médicos terem dito que ele não tinha mais jeito, que era caso apenas de se aguardar a morte.

Algo que digo sempre aos pais e familiares é: quanto mais rápido puderem tirar seus filhos do hospital, melhor. Hospital é lugar para doente, um lugar de isolamento por excelência. Ora, para um indivíduo despertar do coma ou de algum tipo de problema semelhante, ele precisa do apoio da família. O calor humano e a segurança emocional que a família transmite dão a ele uma força que pode fazer com que saia de estados que normalmente no hospital seriam fatais.

É sabido por todos que o indivíduo que fica consciente na CTI de hospital, isolado, durante cerca de vinte dias (ou mais) acaba tendo uma úlcera, proveniente de estresse. E, como não podia deixar de ser, o ambiente caseiro, cercado pela atenção das pessoas e familiares de quem o

paciente gosta, dá a ele muita força para vencer todas as barreiras. Sem contar que, numa UTI, você não pode piscar uma lâmpada de 1.000 watts, nem fazer barulho ou qualquer estimulação. Sequer se pode entrar ou sair do ambiente com liberdade.

Outro conselho que dou é, assim que for possível, coloque o paciente no chão, de barriga para baixo. O chão deve ser adequado, preparado para o indivíduo ficar ali, e não o chão que se pisa. Deve-se revestir o chão do quarto com uma superfície de 4 ou 5 centímetros de espuma, se possível coberta com napa. Que se tire a cama; que se tire tudo. Aí ele terá uma cama do tamanho do quarto, permitindo uma mobilidade bastante diferente do hospitalar, que eu reputo como bastante ruim para a recuperação de um paciente, principalmente um paciente em estado tão grave quanto o coma.

Acreditamos que os estímulos auditivos devem começar com sons bem fortes, da mesma forma que os estímulos luminosos. Ao mesmo tempo, devemos fazer estímulos táteis: primeiro se espeta sua pele (espeta mesmo) e depois se acaricia. Chegamos quase a ponto de machucá-lo. Utilizamos também o quente e o frio com bastante intensidade e repetição. Já colocamos um paciente em um barril de água gelada e num de água quente, sincronizadamente, como forma de tentar estimular a parte sensorial daqueles que não respondiam a quase nenhum estímulo tátil. É muito comum que, quando um indivíduo vai ao dentista e anestesia um dente, há a impressão de que sua boca cresceu e ficou imóvel. O que aconteceu, na verdade, não foi nada disso. Nem a boca cresceu nem o maxilar ficou imóvel. Na verdade, ele ficou insensível, e a falta de sensibilidade leva à imobilidade, ou seja, para um indivíduo ter mobilidade, precisa ter sensibilidade. É por isso que o estímulo sensorial, o estímulo tátil, auditivo, visual, enfim, os estímulos de toda ordem precisam ser executados com bastante intensidade.

A parte respiratória desse paciente também está bastante comprometida pela imobilidade. A terapia com nossa máscara (um saquinho de plástico onde o indivíduo respira por um minuto) força uma utilização maior da capacidade respiratória, produzindo maior ventilação pulmonar, maior motividade pulmonar e, como consequência, diminuindo as possibilidades de infecção, fazendo com que a troca gasosa (hematose) ocorra de forma normal, oxigenando bem o sangue e, consequentemente, o cérebro.

Com esse tipo de trabalho, temos tirado muitos pacientes do estado de coma. Não podíamos deixar de falar dessa experiência neste livro. E isso porque, com ela, nossa finalidade é transmitir soluções a vocês, pais e familiares de crianças e adultos com problemas. Não soluções milagrosas, mas, sim, práticas, que já funcionaram em outros pacientes. Não temos a pretensão de ter todas as respostas sobre os problemas do cérebro, porém temos o orgulho (talvez a pretensão mesmo) de ter uma experiência muito maior do que a dos grupos que trabalham com pacientes assim. Nós temos a pretensão de nos considerar aqueles que mais entendem de recuperação de indivíduos com problemas neurológicos.

Acreditamos também que Glenn Doman, o chefe deste trabalho, há muito merecia um reconhecimento, em nível mundial, de sua genialidade e esforço. O resultado prático de seu trabalho vem beneficiando milhares de crianças em todo o mundo. Acredito mesmo que um prêmio Nobel seria pouco para ele. Cada uma de suas atitudes merecia um prêmio em separado. Quando tira um paciente de coma; quando faz com que andem crianças que não andavam; quando ensina crianças normais a ler com dois ou três anos; quando revela que os pais são os melhores técnicos; e por aí vai. Acredito que um dia ainda se terá a verdadeira dimensão da contribuição de Glenn Doman para a medicina, bem como a verdadeira dimensão do trabalho de toda a sua equipe.

Autismo

Quando chega até nós, o paciente conhecido como autista está geralmente bastante disperso e, ao mesmo tempo, bastante agitado. Tem horror a som forte. Suas reações ao barulho são sempre de tapar os ouvidos e ficar irritado, gritando fortemente e gesticulando muito. É um paciente que, em geral, não obedece a ordens. Entra em nosso consultório ou em qualquer outro ambiente como se quisesse ver tudo ao mesmo tempo. Se, por exemplo, mexe nas coisas em cima da mesa, e você segura suas mãos, ele chuta a mesa; se você prende os pés, ele assovia, grita; ou seja, faz qualquer coisa para não ficar parado. Muitas vezes seus movimentos são estereotipados, com as mãos ou balançando o corpo. É um paciente que, por vezes, nem toma conhecimento se uma bomba explodir ao lado dele, pois tem uma grande capacidade de abstração.

Em geral, o autista tem uma habilidade bastante incomum para fazer pequenos objetos. Uma vez um paciente meu fez um estilingue com fósforos e elástico. Muitos têm fixação em círculos. Há tempos atrás, tive um com fixação em pneu ou qualquer coisa que tivesse a forma de círculo. Para ele ficar calmo, era só lhe dar alguma coisa em forma de círculo.

Muitos têm mania: mania de arrumação ou de manter as coisas dessa ou daquela forma. Tudo o que fazem geralmente é bastante complicado. Muitas vezes têm facilidade para a matemática. Outros são bastante inteligentes em determinadas áreas do conhecimento (o que é inexplicável para alguns médicos). Neles, essas áreas são desenvolvidas acima do habitual. Um mistério.

Essas crianças são rotuladas de autistas, e uma das suas características mais comuns é a falta de medo, de autoproteção. Você percebe que ela sabe que se botar a mão no fogo se queima, mas mesmo assim coloca. É capaz de chegar à beira de uma janela e se jogar. Não tem autocritica nem sentido do medo. Esses seriam os principais traços do indivíduo com transtorno do espectro autista.

Na medida, porém, em que se coloca esse paciente dentro de um programa de estimulação sensorial, em pouco tempo obtemos respostas. Em seis meses ou um ano já se tem um indivíduo completamente diferente. Após esse período, ninguém ousaria dar a ele o rótulo de autista. Se isso é possível, trata-se então claramente de uma deficiência cerebral, e não de um problema emocional incurável, como a medicina quer nos fazer crer.

O autista está na ordem do dia. Instituições e fundações são criadas no mundo inteiro para estudar e proteger o autista. Mas o que começa de forma errada induz a conclusões também erradas. Ora, quando se coloca o rótulo de autista num paciente, se traça um paralelo com o diagnóstico que era feito antigamente pela psicologia do autismo. Este seria então uma forma de fuga do mundo normal. Seria o problema do indivíduo que, devido a traumas ou a qualquer conflito emocional, se isolasse, procurando viver em seu mundo particular.

Quem já lidou com as crianças rotuladas de autistas sabe que elas não vivem num mundo à parte. Elas vivem nesse nosso mundo. Basta observá-las para ver que seus problemas são de comunicação com o ambiente. E isso porque as informações desse meio não chegam a ela da mesma forma que chegam às outras pessoas.

Para nós, o autista é um deficiente sensorial. Essa deficiência seria: tátil, olfativa, visual, auditiva e gustativa ao mesmo tempo. Algumas áreas com maior e outras com menor intensidade. O autismo seria então a maneira como se rotulou mais essa forma de indivíduo que não recebe as informações do meio ambiente. É como se entre ele e o ambiente houvesse uma barreira. Uma barreira que dificulta e chega mesmo a impedir que os estímulos cheguem a seu cérebro. Como consequência, suas respostas são muito precárias.

Nós costumamos dizer que o indivíduo fala como ouve, isto é, se o estímulo auditivo não chegar bem ao indivíduo, a fala dele também não vai ser boa. É isso que acontece com a criança autista. As informações chegam de forma deficiente e precária, trazendo consigo respostas também deficientes e precárias. Se os estímulos chegam a ele assim, é muito comum que ele simplesmente não tenha nenhum contato com o meio que o cerca. Podemos até aceitar que existam características de autismos, de comportamento autista nessa criança, mas não um diagnóstico de autista. Para nós, trata-se de mais um tipo de lesão cerebral. É apenas um indicativo de que há uma patologia, uma deficiência qualquer que impede suas funções sensoriais de trabalhar normalmente com estímulos externos. Como consequência, sua parte motora também responde de maneira precária.

Da mesma forma que no coma, acreditamos que esses indivíduos precisam de uma estimulação sensorial bastante intensa. E não precisam só disso. Precisam também de um ambiente rico em informações e bem orientado. Só a família (e vamos repetir isso *ad infinitum*) pode proporcionar um ambiente assim. Como acontece com o paciente em coma, o autista é visto como irrecuperável. Mas temos experiências bastante significativas de alguns pacientes que, diagnosticados como autistas, têm hoje uma vida normal. Eles nada mais eram, volto a dizer, do que deficientes sensoriais. Se forem estimulados sensorialmente, com alta intensidade, alta frequência e baixa duração, o resultado será excelente. Nada de irrecuperável foi observado em nossas experiências. Poucos pacientes autistas não deram uma boa resposta ao nosso tratamento. Mas vi vários pacientes com essas características ficarem cada vez pior quando, da mesma forma que no coma, se administra para ele medicamentos que estimulam a depressão e o torpor do sistema nervoso central, sob o manto roto de se evitar uma possível convulsão.

Os técnicos costumam dizer que este paciente nunca vai ficar bom, que não tem jeito, que não adianta falar com ele que nada será entendido. Quando a família acredita nisso, passa a não falar, não estimular nada neste indivíduo, e aí ele piora terrivelmente, como já tive a oportunidade de ver pessoalmente. Não é que ele fique propriamente pior, mas o fato de ficar isolado, submetido a uma total falta de estímulos, faz com que não se desenvolva. Aquele que hoje tem determinado tipo de comportamento e desenvolvimento pode até se sentir próximo ao normal. Mas, se daqui a vinte anos continuar naquele mesmo estágio, é sinal de que não se desenvolveu nem piorou: está apenas no mesmo lugar. Dez anos depois se esperava muito dele. Pensa-se então que foi seu quadro que piorou, e isso porque o que se espera de um indivíduo é que ele se desenvolva. Quando isso não acontece, considera-se que ele está aquém de onde deveria, atribuindo-se esse atraso à doença.

Acreditamos (e é isso que eu gostaria de deixar claro aqui) que o autismo é mais uma forma de lesão cerebral e deve ser enquadrado na categoria das doenças neurológicas, e não nas da esfera emocional. É um paciente com múltiplas deficiências sensoriais. Na medida em que você não consegue compreensão, raciocínio imediato por parte dele, então deve partir para um certo condicionamento, até que, mais tarde, ele atinja os níveis mais elevados de suas funções intelectivas. Por meio do condicionamento se pode ensinar hábitos sociais, como o controle dos esfíncteres (urina e fezes) etc. E isso é apenas o começo.

DEPOIMENTOS DE PAIS E CRIANÇAS VÉRAS

“Acabei me transformando em campeã sul-americana de triatlo”.

Meu nome é Lilia Godoi. Sou professora de educação física formada pela UFRJ, fiz faculdade de Economia também na UFRJ e tenho muito orgulho de tudo que já fiz na minha vida. Com os exercícios físicos que praticava no Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória, acabei me tornando uma atleta. Aos 6 anos de idade, ainda na clínica, corria 5 quilômetros em apenas 26 minutos!

Aos 19 anos, comecei a praticar triatlo e tive resultados superexpressivos, como campeã sul-americana e vice-campeã pan-americana. Fui campeã de um reality show de esportes radicais gravado na Patagônia e veiculado pelo SBT. Hoje treino atletas e trabalho como *personal trainer*.

Com minha metodologia de trabalho, procuro mostrar a todos que somos um ser humano completo que precisa trabalhar corpo, mente e espírito conjuntamente. A nossa mente é criadora de uma parcela muito grande de tudo o que acontece em nossas vidas, inclusive de muitas doenças. Se acreditarmos em nossa capacidade e nunca desistirmos, conquistaremos qualquer coisa que desejarmos.

Tudo isso eu sei graças à experiência que vivi na minha infância, que, se para muitos pode ter sido sofrida, para mim foi algo que me fez crescer mais forte e pronta para ajudar a todas as pessoas que passarem pelo meu caminho e estiverem precisando de palavras de ânimo e de encorajamento.

Sou muito feliz, tenho uma família maravilhosa e um marido que me ama, a quem eu amo muito também.

LILIA GODOI, Rio de Janeiro (RJ)

"Aos quatro anos, minha filha começou a ter crises convulsivas".

Foram meses de desespero, angústia e muito sofrimento. Aos quatro anos, Lilia perdeu toda a coordenação motora, não falava mais, babava muito e tinha crises convulsivas, de ausência e pequenos ataques durante os dias e as noites, sendo muitas vezes levada para o hospital porque as crises duravam até duas horas. Os médicos, sem mais recursos, limitavam-se a dizer: "Ela será deficiente física e mental para o resto da vida".

De repente, senti o mundo desabar sobre a minha cabeça. Mas, depois do primeiro impacto, reagi, respirei fundo e resolvi não aceitar o diagnóstico dos médicos. Procurei o Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória.

Depois de passar por toda a avaliação, o dr. Véras me disse que a dedicação da família e, principalmente, da mãe era até mais importante que todo o processo de tratamento. Então, arregacei as mangas, elevei meu pensamento a Deus, pedi muita força, pois sabia que não seria fácil, e mergulhei de cabeça. Não questionava nada no tratamento, fazia tudo do jeito que me mandavam fazer.

Foram três anos de dedicação total, enquanto eu pensava: "no que depender de mim, ela ficará curada". Esse é o conselho que dou para todos os pais: sigam à risca toda a orientação. Não digo que é fácil, muitas vezes o cansaço era tanto que parecia que tudo ia desmoronar, que não teria forças para ir em frente, mas recobrava imediatamente o otimismo e continuava a luta dia e noite.

Hoje ela está totalmente curada e eu agradeço muito a Deus por isso. Agradeço muito também ao Instituto Véras, ao próprio dr. Véras, à Conceição, à Regina e a todos que participaram de todo o tratamento da Lilia, pelas injeções de ânimo e coragem que sempre me davam, a força que precisava para continuar e atingir o objetivo principal que era a cura.

SONIA PALADINO DE OLIVEIRA GODOI, Rio de Janeiro (RJ)

"Não sei o que seria de nós se não tivéssemos adotado o método do Instituto Véras".

Nossa filha Irene, hoje com dez anos, nasceu normal, porém sofreu infecção hospitalar, teve um quadro de meningite e todas as suas complicações, sofreu lesões graves no cérebro, fez onze neurocirurgias e colocou uma válvula ventrículo peritoneal.

Após quase um ano internada em uma UTI, Irene pôde ver a luz do sol. Nunca pensei que pudesse um dia voltar a ter uma vida normal. Eu, médica ortopedista, e o pai dela, fisioterapeuta, tínhamos nas mãos um bebê que precisava ser tratado de uma lesão cerebral grave, com uma hemiplegia esquerda grave.

Procuramos tratamento em todo o Rio de Janeiro, queríamos o melhor para nossa filha. Irene fez sessões de fisioterapia, sessões de fonoaudiologia, sessões de terapia ocupacional. Quando foi liberada pela equipe de neurocirurgia, voltamos para nossa cidade, Rio Branco, no Acre, e continuamos o tratamento. Mas sempre eu achava que faltava algo, podia ser melhor, era *muito* pequeno o resultado.

No Rio ainda, caiu em minhas mãos o livro *Filhos do sonho, filhos da esperança*, de Raymundo Véras. A princípio, pensei que não adiantaria ler o livro já que o problema não era o mesmo. Porém, à medida que lia, ficava fascinada, e cheia de esperanças, já que existia algo mais a fazer pela nossa pequena. Mas ainda restavam obstáculos: convencer o pai dela de que mudaríamos de método.

Irene tinha dois anos quando decidimos tentar este novo método. Em nossa primeira visita ao Instituto Véras, estava ainda conosco o saudoso dr. José Carlos Véras. Ficamos fascinados com tudo o que ele e sua equipe nos passaram. Saímos de lá fortalecidos e com a certeza de que, com muita luta, conseguiríamos que nossa filha fosse vitoriosa. Sim, a vitória é dela, pois sabemos que é árdua a vida do paciente que faz o programa do Instituto Véras. Porém são crianças felizes e seguras de que possuem uma família empenhada em ajudá-las.

Irene nunca foi uma das mais aplicadas no programa, mas hoje, caminha, pula, estuda, nada, pula em cama elástica, faz continhas de cabeça, sabe tabuada. Achamos que é um milagre ela estar viva, sadia, inteligente, já que nos diziam que seria cega e viveria como vegetal. Não

sei o que seria dela e de nossa família se não tivéssemos adotado o método do Instituto Véras.

Em 2004, tivemos mais um filho, Iago, que hoje é o grande estímulo de Irene. O menino participa de tudo e como ela o ama!

Chamar de *duro* o programa é pouco, mas é a única maneira de vencermos nossa batalha. Tenho a certeza de que seremos vencedores. Ainda temos algumas pedras no caminho, mas conseguiremos eliminá-las. Valeu *muito* a pena todo o percurso percorrido, e vale mais ainda poder ajudar outras crianças cujos pais estão perdidos. É um método que recomendamos, e muitos outros médicos que conheceram a Irene antes também recomendam.

ROBERTA C. P. MARQUES, Rio Branco (AC)

"Hoje tenho uma vida completamente independente e feliz".

Nasci no dia das crianças (12.out.1981). A alegria da minha chegada deu lugar, porém, a um clima de frustração, tristeza e medo do futuro, pois os médicos disseram que eu não era normal (portadora da síndrome de Down), e que certamente seria retardada mental, obesa e não teria o mesmo desenvolvimento das outras crianças, além de correr o risco de morrer prematuramente.

Minha família, no entanto, superou a angústia por meio da fé e da união. Com a orientação de um geneticista, fiz uma série de terapias e exercícios, e participava de todas as atividades da família. Dessa forma, venci as primeiras etapas da vida: sentei, caminhei e comecei a falar com a mesma idade que todas as crianças. Frequentei o jardim de infância em uma escola normal.

Estimulados pelas alternativas de tratamento descritas no livro *Filhos do sonho, filhos da esperança*, do dr. Raymundo Véras, meus pais me levaram, em 1988, para ser examinada pelo dr. José Carlos Véras. Iniciamos imediatamente um forte programa diário de estimulação, pois o doutor acreditava que eu poderia me desenvolver ainda mais.

Após pouco mais de um ano de trabalho, vieram as vitórias: corri 1.500 metros em quinze minutos, ganhei pré-alta e conquistei a menção honrosa em leitura e escrita. Aos nove anos, obtive a tão sonhada alta ao dar uma aula teórica e prática sobre dança para uma desconfiada plateia de umas sessenta pessoas. O rótulo imposto pela maioria começava a se desmanchar diante da fé, da perseverança e do amor.

Paralelamente ao programa Véras, fazia jazz, natação e concluí o segundo grau em nível de magistério. Hoje, com 24 anos, trabalho na Câmara Municipal de Joinville, sou professora da escola dominical em minha igreja e, no fim do ano, vou realizar meu sonho de me formar em Pedagogia. Tenho uma vida completamente independente e feliz. E me orgulho disso, pois me transformei em esperança e estímulo para muitas famílias que enfrentam a mesma situação.

Sou eternamente grata ao Criador, que me possibilitou encontrar esta incansável, querida e até maluca (hi, hi, hi...) equipe do dr. Véras.

ANA CAROLINA FRUIT, Joinville (SC)

MENSAGEM DO DR. RAYMUNDO VÉRAS AOS PAIS

“Dê à criança com lesão cerebral a possibilidade de desenvolver todas as suas potencialidades”.

A finalidade desta mensagem é mostrar aos pais e educadores o que é uma criança com lesão cerebral, de forma clara e direta, sem que se crie nenhum problema maior por causa disso. Longe de ser um castigo, a vinda dessa criança para a família é, de certa forma (e por mais incrível que pareça), uma bênção divina. Ela representa um forte elo entre todos os que a rodeiam e deve ser vista como uma motivação a mais para que a família se mantenha coesa e, quase sempre, mais unida que aquela que não tem uma criança assim.

A medicina, até recentemente, pouco ou nada fez pela criança com lesão cerebral. Essa situação melhorou muito nos últimos anos e já vemos no mundo inteiro mais pesquisas sobre o que vem a ser uma criança com lesão cerebral.

Conhecemos, ao longo da história, vários casos de crianças abandonadas que foram criadas no meio de animais. Crianças que devem ter sido filhos de agricultores em zonas primitivas, de pouca população, e que, tendo ocorrido alguma catástrofe com seus pais, ficaram entregues à própria sorte. Na maioria dos casos, elas acabaram sendo socorridas por animais e, ao serem encontradas pela *civilização*, agiam da mesma maneira que os animais que a criaram. Com base nessas experiências, chegamos à conclusão de que, se um indivíduo cai, por quaisquer circunstâncias, num ambiente selvagem durante uma fase em que seu sistema nervoso ainda não se desenvolveu, fica preso àquele ambiente, dele tirando os conhecimentos e hábitos necessários para a sua sobrevivência. Assim, por que criar ambientes sociais especiais para a criança com lesão cerebral? Esse é um erro que o mundo inteiro comete e

pelo qual acaba pagando muito caro. Felizmente, nos dias de hoje, isto já começa a ser compreendido.

O homem é fruto da estimulação do meio ambiente sobre o seu potencial intelectual e físico. Esta estimulação é que faz com que ele fique mais ou menos desenvolvido. Os animais nascem com consciência química, que muitos chamam de instinto. O homem nasce com seu sistema nervoso ainda imaturo e incompleto. Ele também traz em si essa herança química que passa de geração a geração, mas não com a mesma intensidade dos animais.

Os pássaros, por exemplo, já nascem sabendo fazer seus ninhos, sendo que cada espécie faz o seu de uma maneira diferente. Assim, pelos tipos de ninhos, podemos conhecer os pássaros. Entretanto, não existe entre eles uma escola para ensinar a fazer ninhos, bem como não há, entre as aranhas, escolas para se aprender a fazer teias. Os filhotes já nascem com essa capacidade, com esta memória química. Ninguém dá aulas para as aves de arribação, bem como não lhes dizemos a época própria para migrar. O salmão é um peixe que nasce nos rios e atravessa milhares de cachoeiras até chegar ao oceano. Na época da reprodução, volta ao lugar de origem, ou seja, ao rio onde nasceu. Na viagem de volta, não há outro guia a não ser seu próprio instinto. É para ele uma coisa natural. Não há a menor necessidade de ensinamentos ou escolas.

O ser humano não tem seus instintos tão desenvolvidos quanto os animais. Se não for ajudado e ensinado, não terá condições de sobreviver; pelo menos não sozinho, na plenitude de sua capacidade. Se não dermos a uma criança a oportunidade de ouvir, ela não chegará a falar. Se não a estimularmos a ler, ela não aprenderá. Por serem a leitura e a escrita produtos da organização neurológica, serão adquiridas apenas por meio da evolução de nosso sistema nervoso central.

Quero, com isso, mostrar que o homem tem um sistema nervoso muito bem organizado, que, anatômica e fisiologicamente, está preparado para altas condições de funcionamento. Vemos então que o homem é produto dos estímulos que recebe do meio ambiente, ou melhor, seu sistema nervoso se desenvolve pelo uso, dentro de um ambiente apropriado. Assim, se essa afirmação é correta como acreditamos, não devemos separar a criança com lesão cerebral dos outros seres humanos. Afinal, ela também é um ser humano.

Se uma criança normal, nascida no mesmo dia em que nasceu uma criança com lesão cerebral, é colocada no mesmo ambiente de privação dos sentidos onde se costuma colocar uma criança com lesão cerebral, depois de alguns anos, a criança *normal* apresentará um grau de desenvolvimento bem inferior a outra criança *normal* que viveu no meio da família.

Seu desenvolvimento será bastante semelhante à criança que nasceu com lesão cerebral. Ela não terá condições de falar, de ouvir ou de entender bem as coisas, pois foi colocada num ambiente pobre de estímulos. Ela poderá se diferenciar da criança com lesão cerebral pela fisionomia, que não terá os traços da lesão; mas suas atitudes, gestos, linguagem, maneira de se portar e tudo o mais será idêntico.

Chamo a atenção dos pais para esta situação: é um ambiente inadequado, um ambiente anormal que faz com que a criança com lesão cerebral realmente se transforme em *anormal*.

É natural que uma criança normal possa, dentro de um ambiente com poucos estímulos, se desenvolver normalmente. Mas uma criança com lesão cerebral, dentro de um ambiente assim, nunca vai conseguir se desenvolver. No entanto, se esta criança for colocada num ambiente superior, terá muito mais chances de ser uma criança normal. Nosso objetivo não é transformá-la para a normalidade de uma vida, e sim procurar dar à criança com lesão cerebral uma situação de pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

"Acreditem nos seus filhos com lesão cerebral, antes e acima de tudo".

A criança, ao nascer, recebe as boas-vindas de toda a família. Existe um crédito imenso sobre esse novo ser que, na presunção de todos, vai continuar as suas tradições. Mas, no momento em que alguém nota nela algo de diferente e descobre algum fator negativo, este novo ser que estava sendo recebido com toda a alegria imediatamente é visto de forma diferente. Assim, vamos encontrar nossa criança numa situação muito triste no ambiente familiar e, conseqüentemente, no ambiente social. Ela passa a ser vista de maneira totalmente errada: como uma excepcional. O meio social não lhe dá oportunidades no sentido de que ela venha a ser

uma criatura normal. O ambiente social comete todos aqueles erros que vêm do preconceito dos técnicos e se refletem no ambiente familiar.

Assim, verificamos que a criança com lesão cerebral é vista como mais um deficiente mental. No entanto, não há como enquadrá-la em uma conceituação de deficiência mental. A não ser quando deixamos que seu desenvolvimento neurológico ocorra nesse estado de erro. Se não ativarmos a criança com lesão cerebral, se não pedirmos a ela provas de que pode fazer uma série de coisas, se não a ensinarmos e colocarmos dentro de sua cabecinha informações tais que, um dia, ela possa nos dar respostas, ela simplesmente não terá como fugir de sua deficiência neurológica e, em decorrência disso, não terá como escapar de uma deficiência mental.

No nosso entender, dar normalidade de vida a uma pessoa significa dar a ela as condições mínimas capazes de trazê-la para um ambiente de vida que lhe ofereça escolaridade (elementar, média e universitária), além de tudo o mais que possa garantir sua sobrevivência por conta própria.

Entre os indivíduos sem problema algum, poucos são os que têm condições de chegar ao nível universitário. A maioria fica entre o elementar e o médio. No entanto, ninguém jamais classificou essas pessoas como retardadas mentais. Por isso, quando falamos em normalidade, nos referimos a este grupo imenso de pessoas que constituem os obreiros, em todos os níveis profissionais. São aqueles que constroem algo em benefício de todos. Não nos referimos aos gênios.

Precisamos dar à criança com lesão cerebral oportunidades normais. Isso significa dar a ela conhecimentos sobre o ambiente de seu lar, de tudo aquilo que está em torno dela, da utilidade das coisas dentro de casa e da relação entre os objetos e as pessoas. Temos que lhe mostrar a utilidade dos alimentos, e ensinar as atividades da vida diária. Estão aí incluídas a higiene pessoal, os bons hábitos e a maneira correta de se vestir. Precisamos ensiná-la a conhecer os dias da semana e do mês, enfim, temos que encher sua cabeça com todas essas informações. Fala-se muito em *amor ao excepcional*. Eu traduzo este amor em informações que se possa dar à criança, e não só em carinhos e beijinhos. Precisamos mostrar-lhe a utilidade e a beleza das coisas da vida: os pássaros voam, o céu é azul etc. Precisamos encher de informações aquele cérebro que está quase vazio. Isso dará a ele condições de bom funcionamento. A criança precisa ser informada muitas vezes para que, posteriormente, possa dar respostas

àquilo que lhe for solicitado. Não podemos querer que, todas as vezes que lhe trouxermos informações, ela demonstre imediatamente que as compreendeu. Isso é impossível.

A mãe de uma criança normal, nas primeiras semanas de vida, já conversa com seu filho, e durante horas seguidas repete palavras e frases mais comuns: “mamãe”, “papai”, “titia”, “vovó”, “olha o irmãozinho brincando” etc. Por quê? Porque essas informações irão dar, um dia, condições para que a criança se expresse e mostre seus próprios pensamentos.

Muitas vezes, até mesmo uma criança normal demora a falar. Ela pode começar aos sete, oito meses, ou então aos três anos de idade. A mãe, sabendo que seu filho é normal, insiste e repete sempre, diariamente, por meses e por anos a fio, as mesmas palavras. Um dia, a criança começa a balbuciar o que lhe foi exaustivamente repetido, ou seja, ensinado.

Persistência, muita persistência. É o que recomendamos à mãe de uma criança com lesão cerebral. Tenha entusiasmo. Esqueça a tensão nervosa. Não duvide. Tenha alegria de viver para poder transmiti-la a seu filhinho. Tenha sempre em seus lábios um sorriso. Afugente a tristeza e tudo correrá bem para a criança. A mãe da criança com lesão cerebral deve ter a mesma persistência em repetir para ela, como a mãe de uma criança normal, para que um dia ela tenha a grande alegria de ver sua criança dando respostas àquelas informações.

Naturalmente, existe uma diferença muito grande entre a criança com lesão cerebral e a de cérebro normal. Na criança com lesão cerebral existe uma deficiência, enquanto na criança de cérebro normal não há problema algum. No entanto, as duas se igualam naquilo que chamamos de necessidade de informações. A criança com lesão cerebral precisa de mais e recebe menos, porque a mãe, nervosa, ansiosa, tensa, abatida moralmente, não tem condições de dar estas informações com a mesma frequência, intensidade e duração que a mãe de uma criança normal.

Vamos, pois, ter um grande cuidado, um grande carinho com a criança com lesão cerebral para retirarmos todos esses obstáculos. Os pais dessa criança vivem sonhando com remédios milagrosos que possam trazer seu filho para a normalidade de vida e, no entanto, sem nenhuma despesa, dentro de sua própria casa, cada família pode fazer com que seus sonhos se tornem realidade. Tudo isso exige muita perseverança, honestidade e

inteligência. Só a família, inteligente, honesta e perseverante poderá salvar sua criança com lesão cerebral.

DR. RAYMUN DO VÉRAS
Médico, fundador dos Institutos Vêras

BIBLIOGRAFIA

- DOMAN, GLENN. *O que fazer pela criança de cérebro lesado*. Gráfica Auriverde Editora.
_____. *Como ensinar seu bebê a ler*. Porto Alegre, editora Artes e Ofícios, sexta edição.
_____. *Como aumentar a inteligência do seu bebê*. Porto Alegre, editora Artes e Ofícios, quarta edição.
_____. *How to teache your baby to be physically superb*. The Better Baby Press.
_____. *Como ensinar matemática ao seu bebê*. Porto Alegre, editora Artes e Ofícios.
- VÉRAS, RAYMUNDO. *O mongolismo – Tratamento da criança de cérebro lesado*. Rio de Janeiro, editora Auriverde.
- FAY, TEMPLE. *Progenitor of the Doman Delacato treatment procedures*. Charles C. Thomas Publisher.
- DART, RAYMUND. *Adventures with the missing link*. London: Hamsh Hamilton.
- THOMAS, EVAN. *Brain-injured children*. Charles C. Thomas Publisher.
- LEVWINN, EDWARD. *Coma aurosal*. Doubleday & Company, Inc.
- DAVIS, ADELLE. *Let's eat right to keep fit*.
_____. *Let's have healthy children*.
_____. *Let's get well*.
_____. *Let's cook it right*. New American Library.
- FROTA-PESSOA, OSVALDO. *Genética médica*. Rio de Janeiro. Editora Prociemx.
- HOUSSAY, BERNANDO. *Fisiologia Humana*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 1980, quinta edição.
- IBUKA, MASARU. *Kindgarden is too late*. Simon Schuster.
- MELTON, DAVID. *Burn the school and save the children*. Thomas Publisher.
- GIBBS AND GIBBS. *Atlas of eletroencephalography. Vol. 1 e 2*. Addison - Wesley Publishing Company, Inc.
- GESELL, A & AMATRUDA C. *Developmental dianosis – normal and abnormal child development*.
- MORRIS, D. *O macaco nu*. São Paulo, Editora Edibolso, 1975.

SENAI-SP editora

Conselho Editorial

Paulo Skaf (Presidente)
Walter Vicioni Gonçalves
Débora Cypriano Botelho
Neusa Mariani

Editor-chefe

Rodrigo de Faria e Silva

Editor de mídias digitais

Antonio Hermida

Produção editorial

Paula Loreto

Produção gráfica

Sirlene Nascimento

Preparação

Lígia Cantarelli

Revisão

Gabriella Plantulli

Capa e projeto gráfico

Raquel Matsushita

Diagramação

Cecilia Cangelo | Entrelinha Design

Colaboração

Maria da Conceição Massa Vêras
Priscila Abud T. M. Cesar

Agradecimento

Julia Brega

Desenvolvimento da versão digital

Globaltec Editora

© José Carlos Lobo Vêras, 2017

SENAI-SP EDITORA

Avenida Paulista, 1313, 4º andar

01311-923 - São Paulo – SP

Tel. [11] 3146.7308

editora@sesisenaisp.org.br

www.senaispeditora.com.br



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Véras, José Carlos Lobo

Lesão cerebral : o poder dos pais no tratamento dos filhos / José Carlos Lobo
Véras. – São Paulo: SENAI-SP Editora, 2017.
244 p.

ISBN 978-85-8393-876-7

1. Lesão cerebral - Crianças - Tratamentos 2. Pais de crianças deficientes I. Título

CDD: 616.83

Índice para catálogo sistemático:

1. Lesão cerebral - Crianças - Tratamentos 616.83

[1] Rehabilitation Center at Philadelphia, nome dos Institutos da Filadélfia, na ocasião.

[«««]

[2] Tiveram também papel relevante nesta conquista: o dr. Hugo Ramos Filho, na época bacharel em direito, pessoa altamente interessada na causa da criança com lesão cerebral; o professor José Chediak, então chefe-civil do governador do Estado; e o dr. Fernando Abelheira, presidente da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor.

[«««]

[3] Alguns desses amigos, que considero como irmãos, desempenham, até hoje, um papel preponderante em minha vida. Entre eles, Carlos Eduardo Monteiro de Castro, amigo desde o jardim de infância, e Cleidevar Aguiar Baranda, que foi o símbolo da turma com que convivi por mais de vinte anos no clube da rua Paissandu.

[«««]

[4] A equipe formada pelo dr. Levy, psicólogo; pelos professores de educação física Maurício (que veio de Israel) e William; tia Patrícia Vêras, secretária e tesoureira; e Enio, motorista, que também atuava como auxiliar de reabilitação quando não estava transportando pacientes.

[«««]

[5] Além da minha esposa, Conceição, responsável no Brasil pelo Programa de Inteligência, destaco Leila Lobo Coelho Reilly, responsável, durante muitos anos, no Brasil, pelo Programa de Mobilidade; Maria Auxiliadora Esteves, de Barbacena (MG); Regina Maria Xavier Teixeira, do Rio; e Luzia Rodrigues, também do Rio de Janeiro.

[«««]

[6] Hoje, Glenn Doman é conhecido como fundador dos Institutos da Filadélfia.

[«««]

[7] Além de meu pai, de Hazel e Glenn Doman e seus filhos, estão entre os pioneiros: Temple Fay, Margherite e Raymond Dart, Edward e Pearl Lewinn, Robert Doman, Dick MacCormick, Carl Delacato, Walter Burke, Coronel Flores, Chathan Wheat III, Ralph Peligra, Richard Norton, Gretchen Kerr, Leland Lea P. Cascapera, dr. Rubens Crespo, dr. Ernani de Carvalho, dr. Orlando Sattamini, dr. Ademaro Delamare, dr. Ivan Porto, dr. Max Karpin, Maria José Martins, dr. Kleber Coelho, dr. Antonio Pedro de Barros, dr. Raymundo Fontes de Lima e Maria de Fátima dos Santos Barbosa.

[«««]

[8] Essas oportunidades estão mais desenvolvidas e detalhadas no capítulo que contém depoimentos de pais e crianças, na p. 147.

[«««]

[9] Ver *Filhos do sonho, filhos da esperança: tratamento da criança com lesão cerebral e com síndrome de Down*, dr. Raymundo Vêras, SENAI-SP Editora.

[«««]

[10] Ainda neste capítulo vamos detalhar essas atividades.

[««]

[11] Equipamento em que a criança fica em pé e possibilita que ela ande mesmo que não tenha condições para isso. Recebe nomes diferentes de acordo com a região.

[««]

DR. RAYMUNDO VÉRAS
DAVID MELTON



FILHOS DO SONHO, FILHOS DA
ESPERANÇA
TRATAMENTO DA CRIANÇA
COM LESÃO CEREBRAL E
COM SÍNDROME DE DOWN

SENAI-SP editora

Filhos do sonho, filhos da esperança

Véras, Raymundo

9788583938798

224 páginas

[Compre agora e leia](#)

Um domingo na antevéspera do Natal, na ilha de Paquetá (RJ), último mergulho no mar do adolescente ZeCarlos. A cena faz referência ao momento em que os rumos da família Véras mudaram completamente ou, como Raymundo Véras descreve no primeiro capítulo, "o último dia da minha primeira vida". Filhos do sonho, filhos da esperança não é um livro de tristezas, de lamentos e de desistências. ... um livro de descobertas, de encorajamento e de relatos emocionantes. Dividido em duas partes, a primeira traz o que o pai e médico aprendeu sobre as pessoas com deficiência intelectual. Na segunda parte, ele explica como é possível curá-las. Dr. Véras narra as dificuldades e decepções que enfrentou, mas não poupa palavras para apresentar os aprendizados que teve, o encontro transformador com o fisioterapeuta Glenn Doman, na Filadélfia, e o tratamento que criou, com metas e objetivos bem definidos a serem cumpridos. Pioneiro em acreditar na capacidade das crianças com síndrome de Down e em iniciar os trabalhos com elas, Raimundo Véras acabou contribuindo com os Institutos da Filadélfia. Ao mostrar os resultados para Glenn Doman, este começou a realizar o método e, ao ver a significativa melhora das crianças com síndrome de Down, passou a atendê-las nos Estados Unidos. Esta publicação é destinada aos pais de crianças com lesões no cérebro com o propósito de ajudá-los no

desenvolvimento dessas crianças, mas não só a eles. ... um livro para todos que estão ao redor, como uma maneira de ajudarem a compreender como podem contribuir, de enxergarem a importância do envolvimento dos familiares e do quanto um ambiente acelerador e o estímulo certo fazem a diferença para essas crianças. Com um entusiasmo contagiante, dr. Vêras não descansou um dia sequer, desde o acidente com seu filho, para poder propiciar às crianças com lesão cerebral a possibilidade do convívio social e de inseri-la em um ambiente normal de vida.

[Compre agora e leia](#)



AUTOMOTIVA

Sistemas mecânicos de motocicletas

SENAI-SP editora

Sistemas mecânicos de motocicletas

SENAI-SP Editora

9788583935353

168 páginas

[Compre agora e leia](#)

A história das motocicletas, alguns dos modelos já fabricados, os tipos e componentes dos motores, seu funcionamento e procedimentos de manutenção são estudados nesta publicação. São apresentados os tipos de chassi, os detalhes dos sistemas de freios, o sistema de direção e suspensão, tipos de amortecedores, especificação técnica dos pneus, a divisão do sistema de transmissão. O livro descreve também o sistema de alimentação de combustível, a composição do sistema de ignição, como funciona o sistema de lubrificação e arrefecimento, diagrama elétrico, baterias e sistema de sinalização e iluminação.

[Compre agora e leia](#)



CURRÍCULO COMUM

Matemática básica

SENAI-SP editora

Matemática básica

SENAI-SP Editora

9788583933212

124 páginas

[Compre agora e leia](#)

De forma prática e objetiva, esta publicação aborda o estudo das operações matemáticas fundamentais, tais como o sistema de numeração decimal, adição, subtração, multiplicação, potenciação e divisão exata. Aborda também os tipos de fração, potenciação, razão e proporção, regra de três, porcentagem, medidas, figuras geométricas, a importância da leitura de gráficos e os tipos mais comuns.

[Compre agora e leia](#)

TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO



Dashboard no Microsoft
Office Excel 2016

ADALBERTO CONCEIÇÃO FRAGA

SENAI-SP editora

Dashboard no Microsoft Office Excel 2016

Fraga, Adalberto Conceição

9788583937531

240 páginas

[Compre agora e leia](#)

Direcionado a estudantes e profissionais dos mais diversos níveis estratégicos de uma organização, que dependem de grande quantidade de dados para trabalhar na tomada de decisão, este livro ensina a desenvolver e analisar relatórios gerenciais com a criação de dashboards automáticos e personalizados. Apresenta as principais ferramentas como conjunto de ícones, barra de dados, minigráficos, gráficos de colunas, dispersão, rosca para criação de velocímetros de desempenho, tabela e gráficos dinâmicos, além das novas ferramentas da versão do Excel 2016, como Power Map, Power View, Gráficos de Mapa de Árvores, Explosão Solar, Queda d'água e Funil.

[Compre agora e leia](#)



TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

Redes de Computadores

Fundamentos e protocolos

SENAI-SP editora

José Wagner Bungart

Redes de computadores

Bungart, José Wagner

9788583937647

200 páginas

[Compre agora e leia](#)

Esta publicação apresenta os princípios de funcionamento das redes de computadores e os protocolos que permitem a comunicação entre os dispositivos que a compõem. Destinada a estudantes de cursos técnicos, tecnólogos, profissionais de informática e demais interessados, ela destaca os principais equipamentos utilizados nas redes de computadores, suas funções, características e aplicabilidade, por exemplo, as topologias de redes, modelo OSI, arquitetura TCP/IP, camadas transporte e protocolo IP e seus endereçamentos. Descreve a camada enlace e a camada física, redes sem fio, serviços de redes como DHCP e o DNS, serviços de acesso remoto Telnet e SSH. Ao final, traz as configurações básicas de switches e roteadores.

[Compre agora e leia](#)